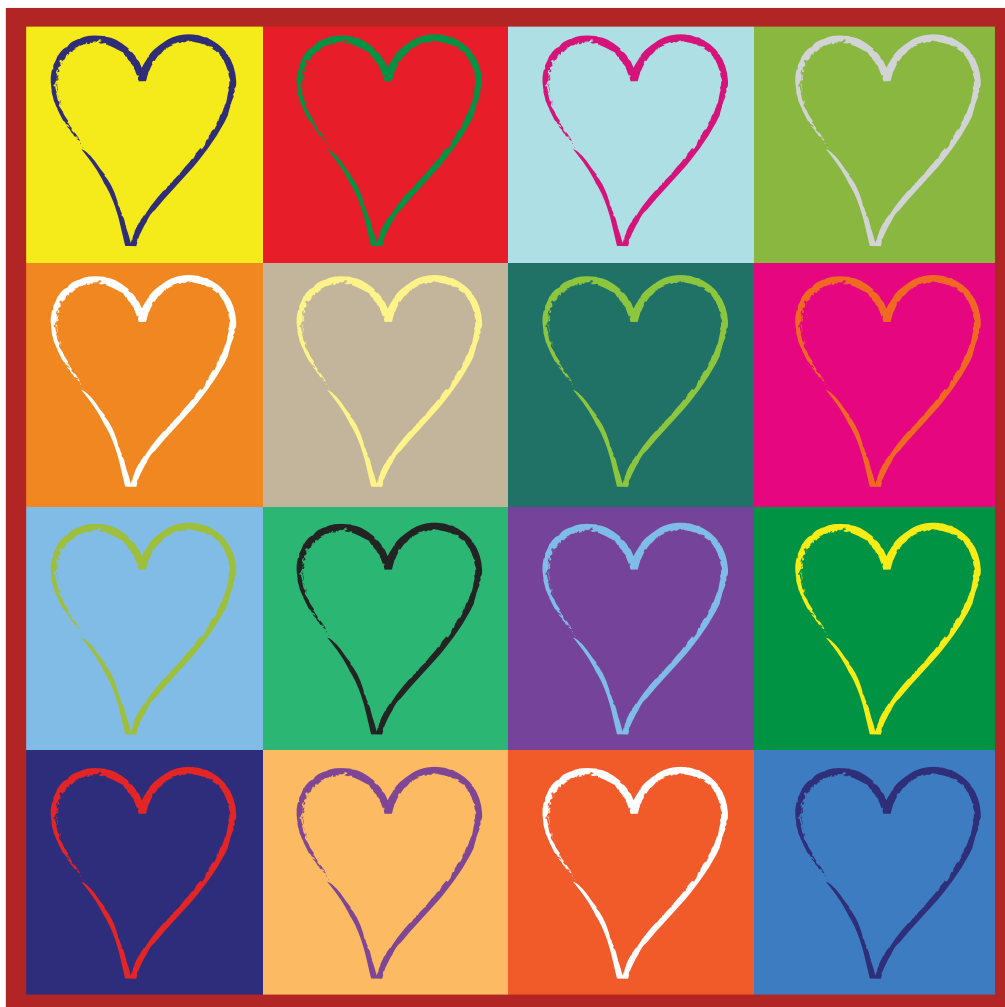


Preprečevanje bolezni srca in ožilja na razpotju - nedokončan program

Delovni paket 5 projekta EuroHeart:
Nacionalni načrti, politike in ukrepi,
ki vplivajo na spodbujanje zdravja srca
in ožilja ter preprečevanje bolezni srca in ožilja



September 2009





Kazalo

Zahvale	3
Uvod	4
Ozadje.....	5
Stopnje umrljivosti pri moških in ženskah v 16 državah DP 5:	
od najvišje do najnižje.....	6
Razširjenost dejavnikov tveganja pri moških in ženskah v 16 državah DP 5:	
od največje do najmanjše.....	10
Primerjalni projekt EuroHeart	15
Metode	15
Razvoj vprašalnika	15
Zbiranje podatkov	15
Analiza podatkov.....	16
Rezultati	17
Nacionalne organizacije.....	17
Državni akti, zakoni in zakonodaja.....	17
Nacionalne politike/strategije ali načrti	17
Nacionalni programi.....	22
Nacionalne smernice/standardi.....	24
Nacionalni cilji, spremljanje in vrednotenje.....	25
Splošne pripombe	26
Bistveni elementi v celoviti nacionalni strategiji,	
povezani z boleznimi srca in ožilja.....	28
Zaključki	36
Priporočila.....	37
Viri	38
Appendix B: Questionnaire	40
Appendix C: Explanatory notes for Questionnaire	48
Glossary.....	55





Preglednice

1. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti pri moških in ženskah, mlajših od 65 let, v 16 državah DP 5: od najvišje do najnižje – koronarna srčna bolezen.....	6
2. Starostno standardizirane stopnje umrljivosti pri moških in ženskah, mlajših od 65 let, v 16 državah DP 5: od najvišje do najnižje – infarkt.....	8
3. Razširjenost dejavnikov tveganja pri moških in ženskah v 16 državah DP 5: od največje do najmanjše – kajenje.....	10
4. Razširjenost dejavnikov tveganja pri moških in ženskah v 16 državah DP 5: od največje do najmanjše – razpoložljivost sadja in zelenjave.....	12
5. Razširjenost dejavnikov tveganja pri moških in ženskah v 16 državah DP 5: od največje do najmanjše – delež celotne energije iz maščob.....	13
6. Razširjenost dejavnikov tveganja pri moških in ženskah v 16 državah DP 5: od največje do najmanjše – ljudje s 4 ali več dnevi zmerne fizične aktivnosti na teden.....	14
7. Primerjava obstoječe in predvidene zakonodaje v vseh državah DP 5.....	19
8. Primerjava obstoječih in predvidenih nacionalnih politik/strategij in načrtov v vseh državah DP 5.....	20
9. Primerjava obstoječih in predlaganih nacionalnih programov v vseh državah DP 5.....	23
10. Primerjava obstoječih in predvidenih nacionalnih smernic/standardov v vseh državah DP 5.....	24
11. Primerjava obstoječih in predvidenih nacionalnih ciljev, spremljanja in vrednotenja v vseh državah DP 5.....	27

Slike

1. Stopnje umrljivosti zaradi koronarne srčne bolezni pri moških, mlajših od 65 let, na 100 000 prebivalcev.....	7
2. Stopnje umrljivosti zaradi koronarne srčne bolezni pri ženskah, mlajših od 65 let, na 100 000 prebivalcev.....	7
3. Stopnje umrljivosti zaradi infarkta pri moških, mlajših od 65 let, na 100 000 prebivalcev.....	9
4. Stopnje umrljivosti zaradi infarkta pri ženskah, mlajših od 65 let, na 100 000 prebivalcev.....	9
5. Razširjenost kajenja pri moških, starih 15 let ali več, v državah DP 5.....	11
6. Razširjenost kajenja pri ženskah, starih 15 let ali več, v državah DP 5.....	11
7. Sadje in zelenjava, na voljo v državah DP 5.....	12
8. Delež celotne energije iz maščob v državah DP 5.....	13
9. Delež ljudi s 4 ali več dnevi zmerne fizične aktivnosti na teden v državah DP 5, 2005.....	14
10. Države, ki poročajo o nacionalni politiki v zvezi s spodbujanjem zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanjem bolezni srca in ožilja, v zvezi s koronarno srčno boleznijo, hipertenzijo, infarktom in hiperlipidemijo.....	21
11. Predlagan model za bistvene elemente v celoviti nacionalni strategiji.....	28



Zahvale

To poročilo so pripravili:

Gill Cowburn¹, Prachi Bhatnagar¹, Susanne Løgstrup²

Zahvaljujemo se nacionalnim koordinatorjem in njihovim sodelavcem, ki so pomagali pri zbiranju podatkov:

- Freddy van de Casseye - Belgian Heart League (Belgijska zveza za srce)
- Mads Hyldgård - Danish Heart Foundation (Danska fundacija za srce)
- Marianne Sirel - Estonian Heart Association (Estonsko društvo za srce)
- Anna-Liisa Rajala - Finnish Heart Association (Finsko društvo za srce)
- Céline dos Santos - French Federation of Cardiology (Francoska kardiološka zveza)
- Christine Dehn - German Heart Foundation (Nemška fundacija za srce)
- George Andrikopoulos - Hellenic Heart Foundation (Grška fundacija za srce)
- András Nagy - Hungarian Heart Foundation (Madžarska fundacija za srce)
- Bylgja Valtýsdóttír - Icelandic Heart Association (Islandsko društvo za srce)
- Maureen Mulvihill - Irish Heart Foundation (Irska fundacija za srce)
- Maria Luce Ranucci - Italian Heart Foundation (Italijanska fundacija za srce)
- Marina Trovo - Italian Foundation for the Fight against Thrombosis (ALT)
(Italijanska fundacija za boj proti trombozi)
- Marijke Luif - Netherlands Heart Foundation (Nizozemska fundacija za srce)
- Grete Crowo - Norwegian Association of Heart and Lung Patients
(Norveško društvo srčnih in pljučnih bolnikov)
- Jan Slezak - Slovak Heart to Heart League (Slovaška zveza Srce k srcu)
- Nataša Jan - Slovenian Heart Association (Slovensko društvo za srce)
- Rebecca Salay - UK National Heart Forum (Nacionalni forum za srce v Združenem kraljestvu)

- Marleen Kestens - European Heart Network (Evropska mreža za srce)

¹ British Heart Foundation Health Promotion Research Group (Raziskovalna skupina za spodbujanje zdravja Britanske fundacije za srce), Univerza v Oxfordu, Old Road Campus, Headington, Oxford, OX3 7LF, Združeno kraljestvo - <http://www.dphpc.ox.ac.uk/bhfhprg>

² European Heart Network (Evropska mreža za srce), Rue Montoyer 31, B-1000 Brussels, Belgija - <http://www.ehnheart.org>



Uvod

Bolezni srca in ožilja ostajajo najpogostejši vzrok smrti v Evropski uniji, saj zaradi njih vsako leto umre več kot dva milijona ljudi. Medtem ko so dejavniki tveganja in determinante za bolezni srca in ožilja dobro znani in dokazani, pa ni povsem jasno, kakšne strategije in ukrepe so sprejele posamezne države, da bi se spopadle s posledicami, ki jih predstavljajo te bolezni za človeka in gospodarstvo.

V zadnjih petih letih je v Evropi prišlo do znatnega razvoja politike, ki obravnava bolezni srca in ožilja. Ta razvoj vključuje Sklepe Sveta o spodbujanju zdravja srca, sprejete leta 2004, Evropsko listino o zdravju srca, sprejeto leta 2007, ter Resolucijo Evropskega parlamenta o ukrepih za obravnavo bolezni srca in ožilja, sprejeto z veliko večino julija 2007.

Z namenom nadaljevanja tega razvoja in uveljavitve posebnih določb v Evropski listini o zdravju srca sta se Evropska mreža za srce in Evropsko združenje kardiologov dogovorili za vključitev svojega strokovnega znanja v skupni projekt, imenovan EuroHeart. Vseobsegajoči cilji projekta EuroHeart so okrepitev medsektorskega sodelovanja; pridobitev celovitih primerljivih informacij o politikah in ukrepih za spodbujanje zdravja srca in ožilja ter preprečevanje bolezni srca in ožilja; izboljšanje ozaveščenosti o bolezni srca in ožilja ter diagnosticiranja in zdravljenja te bolezni pri ženskah po Evropi; in zagotovitev enakih pogojev delovanja s predstavitvijo nacionalnih različic smernic za bolezni srca in ožilja. Ti cilji so podrobno opisani v posameznih delovnih paketih.

To poročilo obravnava enega izmed delovnih paketov EuroHeart, Delovni paket 5, ki predstavlja pregled obstoječih nacionalnih strategij in ukrepov na področju spodbujanja zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanja bolezni srca in ožilja v 16 evropskih državah. Poročilo in njegovi zaključki bodo posredovani širokemu krogu evropskih nosilcev odločanja, ki bodo na ta način lahko pregledali svoje nacionalne strategije glede na to, kaj se dogaja v drugih državah. Poročilo je odraz trenutnega stanja. Obravnava bolezni srca in ožilja ne miruje, pri tem pa je ključnega pomena neprekinjeno preverjanje in vrednotenje vpliva sprejetih strategij. Evropska mreža za srce je mnenja, da lahko EU, glede na to, da je zdravstvena politika v veliki meri v pristojnosti držav članic EU, nudi državam podporo in pomaga pri odpravljanju neenakosti znotraj držav in med državami, na primer z vzpostavitvijo meril prek priporočil. EU lahko v smislu obravnave zdravja srca v drugih politikah nedvomno prevzame vodilno vlogo, in sicer z zagotovitvijo učinkovitega vrednotenja vpliva ukrepov, predlaganih v širokem razponu politik, na zdravje.



Ozadje

Bolezni srca in ožilja so glavni vzrok smrti pri ženskah v vseh evropskih državah in so glavni vzrok smrti pri moških v vseh državah, razen v Franciji, na Nizozemskem in v Španiji. Vendar pa v Evropi pri stopnjah umrljivosti prihaja do velikih razlik.

To velja tudi za 16 držav DP 5, kot je ponazorjeno v preglednicah 1 in 2 ter na slikah 1–4. Stopnja umrljivosti zaradi koronarne srčne bolezni pri moških na Madžarskem (105/100 000) je več kot šestkrat višja kot v Franciji (17/100 000). Pri ženskah pa je stopnja umrljivosti na Madžarskem več kot devetkrat višja kot v Franciji. Stopnja umrljivosti zaradi infarkta pri moških v Estoniji (41/100 000) je več kot desetkrat višja kot na Islandiji (4/100 000). Pri ženskah pa je stopnja umrljivosti zaradi infarkta v Estoniji več kot trikrat višja kot na Islandiji.

Razliko gre opaziti tudi pri gibanju umrljivosti. Na Finskem sta se v obdobju med letoma 1972 in 2005 stopnji umrljivosti zaradi koronarne srčne bolezni in infarkta znatno znižali (koronarna srčna bolezen: 76 %; infarkt: 74 %). V Grčiji se je v istem obdobju stopnja umrljivosti zaradi koronarne srčne bolezni povišala za 11 %. Vendar je v Grčiji mogoče opaziti znižanje stopnje umrljivosti zaradi infarkta (48 %).

V devetih državah DP 5 gibanje umrljivosti zaradi koronarne srčne bolezni kaže na manjše znižanje stopnje pri ženskah kot pri moških.

Podrobnejše informacije o umrljivosti prebivalstva in izbranih dejavnikih tveganja je mogoče najti v dopolnilnem poročilu, tj. povzetkih poročil za posamezne države, na spletni strani <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

Vir za preglednici 1 in 2 ter slike 1–4 je: Allender, S.; Scarborough, P.; Peto, V.; Rayner, M. (2008) European cardiovascular disease statistics 2008 (Statistika bolezni srca in ožilja v Evropi 2008). Evropska mreža za srce. Bruselj.



Stopnje umrljivosti pri moških in ženskah v 16 državah DP 5: od najvišje do najnižje

Starostno standardizirane stopnje umrljivosti pri moških in ženskah, mlajših od 65 let, v 16 državah DP 5: od najvišje do najnižje

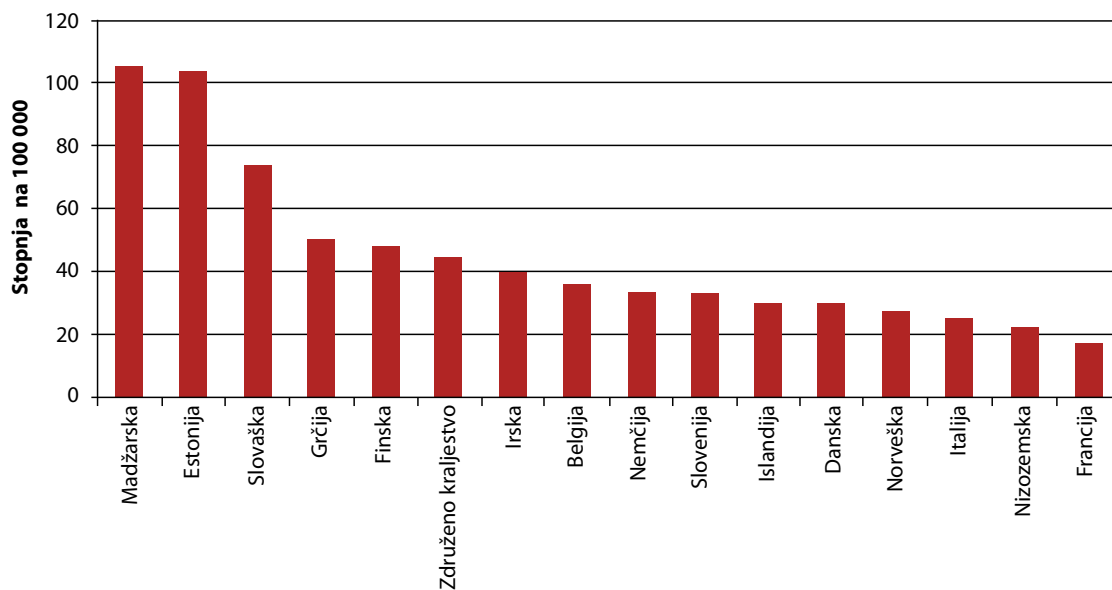
Preglednica 1
Koronarna srčna bolezen: zadnje razpoložljivo leto

MOŠKI		ŽENSKE	
Država	Stopnja na 100 000	Država	Stopnja na 100 000
Madžarska	105	Madžarska	28
Estonija	104	Estonija	20
Slovaška	74	Slovaška	19
Grčija	50	Združeno kraljestvo	11
Finska	48	Grčija	10
Združeno kraljestvo	44	Belgija	9
Irska	39	Danska	9
Belgija	36	Irska	9
Nemčija	33	Nemčija	8
Slovenija	33	Finska	7
Islandija	30	Nizozemska	7
Danska	30	Norveška	6
Norveška	27	Italija	5
Italija	25	Slovenija	5
Nizozemska	22	Francija	3
Francija	17	Islandija	3



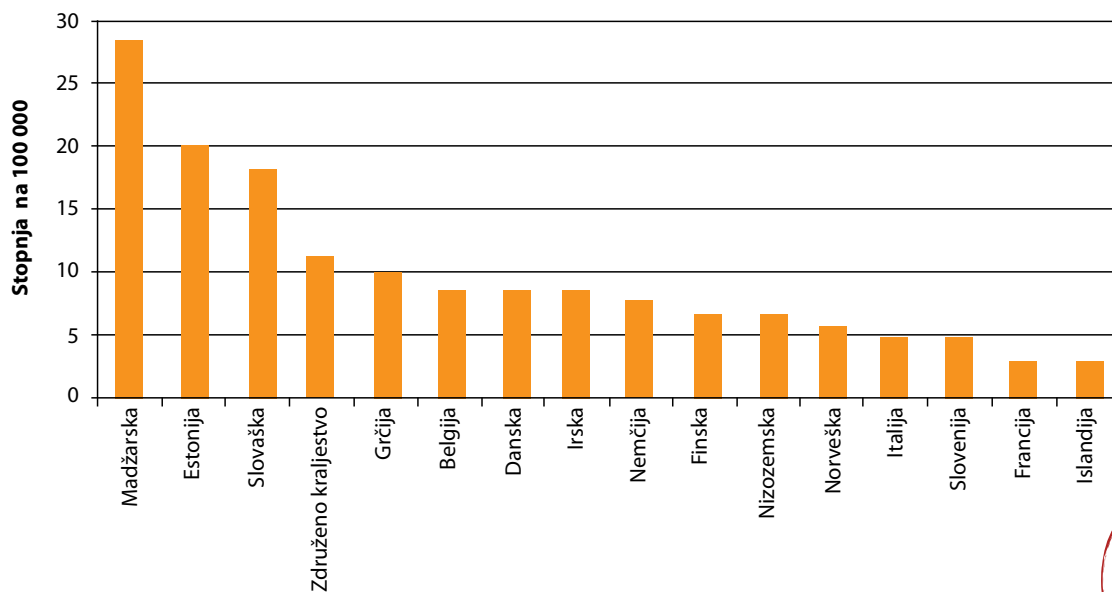
Slika 1:

Stopnje umrljivosti zaradi koronarne srčne bolezni pri moških, mlajših od 65 let, na 100 000 prebivalcev



Slika 2:

Stopnje umrljivosti zaradi koronarne srčne bolezni pri ženskah, mlajših od 65 let, na 100 000 prebivalcev



Vir: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics (Statistika bolezni srca in ožilja v Evropi) 2008. Evropska mreža za srce. Bruselj. Zadnje razpoložljivo leto (obdobje med 1997 in 2006)

Preglednica 2:
Infarkt: zadnje razpoložljivo leto

MOŠKI	
Država	Stopnja na 100 000
Estonija	41
Madžarska	34
Slovaška	19
Grčija	14
Slovenija	13
Danska	12
Belgija	11
Finska	11
Italija	9
Združeno kraljestvo	9
Nemčija	8
Irska	8
Francija	7
Nizozemska	7
Norveška	7
Islandija	4

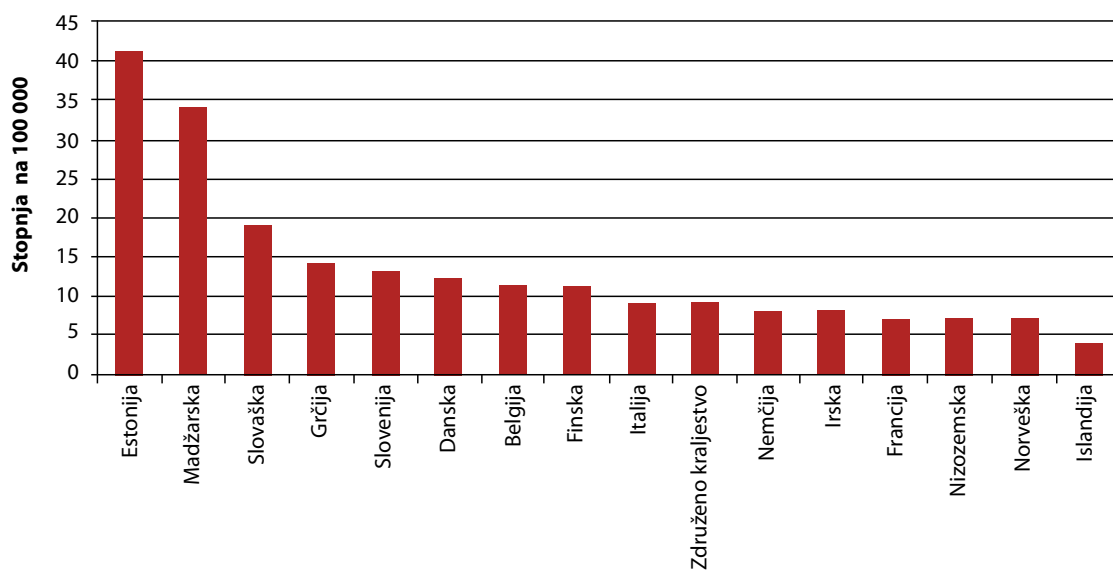
ŽENSKE	
Država	Stopnja na 100 000
Estonija	16
Madžarska	15
Belgija	8
Danska	7
Grčija	7
Slovaška	7
Slovenija	7
Združeno kraljestvo	7
Finska	6
Nizozemska	6
Nemčija	5
Islandija	5
Italija	5
Norveška	5
Francija	4
Irska	4





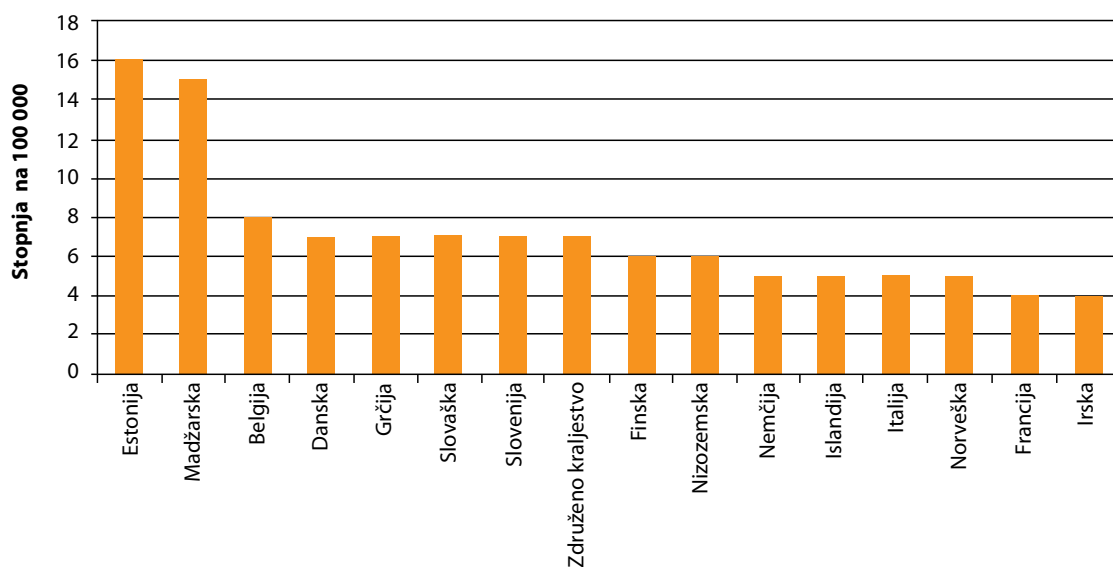
Slika 3:

Stopnja umrljivosti zaradi infarkta pri moških, mlajših od 65. let, na 100 000 prebivalcev



Slika 4:

Stopnje umrljivosti zaradi infarkta pri ženskah, mlajših od 65. let, na 100 000 prebivalcev



Vir: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics (Statistika bolezni srca in ožilja v Evropi). 2008. Evropska mreža za srce. Bruselj. Zadnje razpoložljivo leto (obdobje med 1997 in 2006)



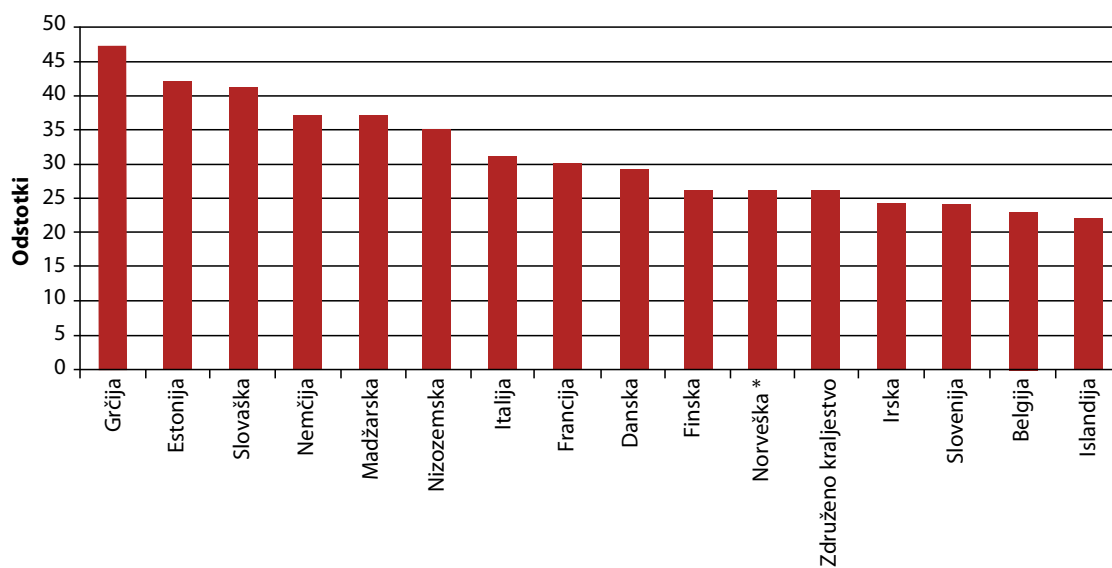
Razširjenost dejavnikov tveganja pri moških in ženskah v 16 državah DP 5: od največje do najmanjše

Preglednica 3:
Kajenje: zadnje razpoložljivo leto

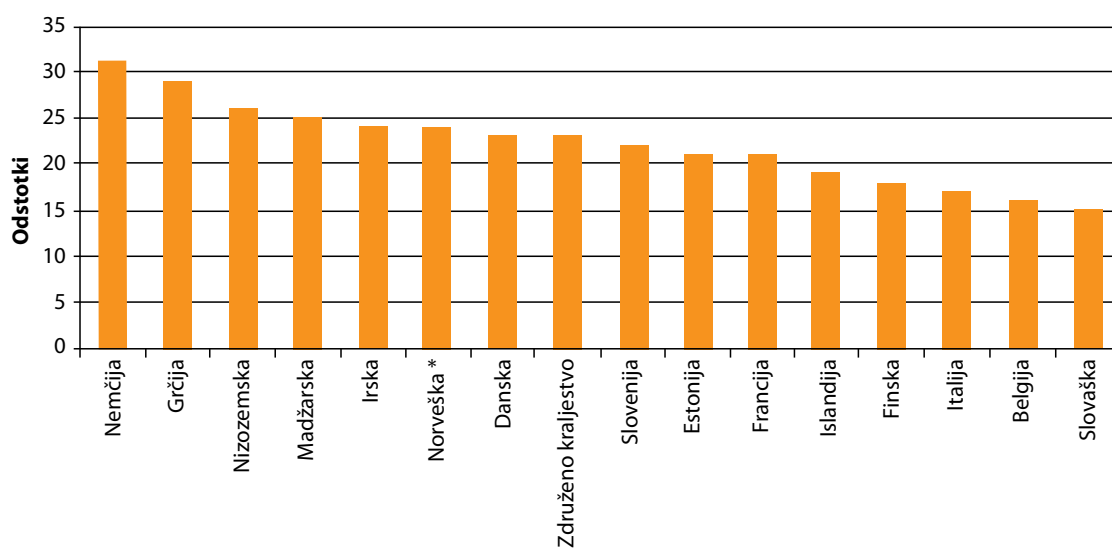
MOŠKI	
Država	%
Grčija	47
Estonija	42
Slovaška	41
Nemčija	37
Madžarska	37
Nizozemska	35
Italija	31
Francija	30
Danska	29
Finska	26
Norveška *	26
Združeno kraljestvo	26
Irska	24
Slovenija	24
Belgija	23
Islandija	22

ŽENSKE	
Država	%
Nemčija	31
Grčija	29
Nizozemska	26
Madžarska	25
Irska	24
Norveška *	24
Danska	23
Združeno kraljestvo	23
Slovenija	22
Estonija	21
Francija	21
Islandija	19
Finska	18
Italija	17
Belgija	16
Slovaška	15

Slika 5:
Razširjenost kajenja pri moških, starih 15 let ali več, v državah DP 5



Slika 6:
Razširjenost kajenja pri ženskah, starih 15 let ali več, v državah DP 5



Viri: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics (Statistika bolezni srca in ožilja v Evropi).

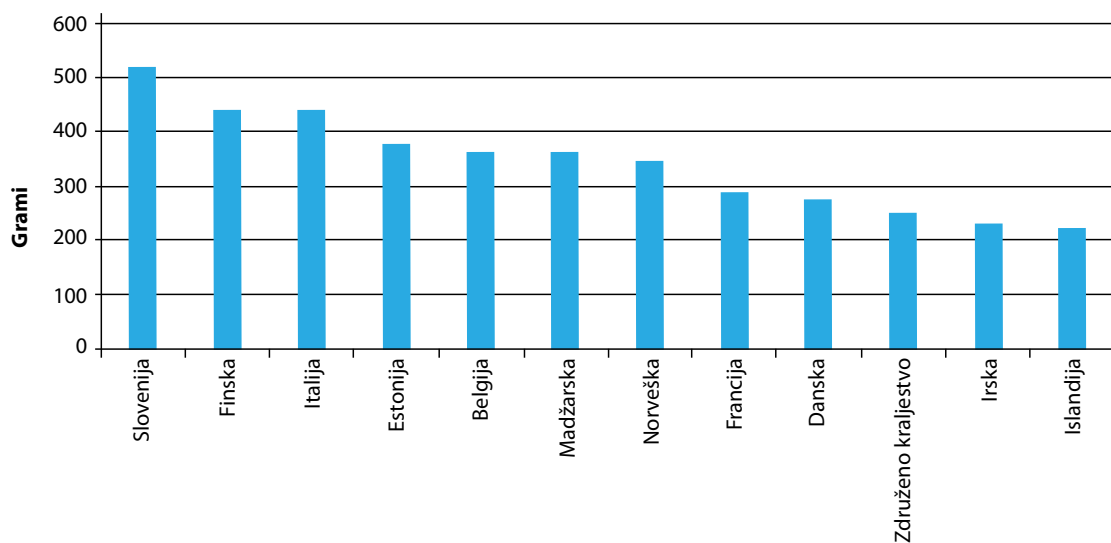
2008. Evropska mreža za srce. Bruselj. Zadnje razpoložljivo leto (obdobje med 1998 in 2008)

* Norveška: Norveški Direktor za zdravje, 2009

Preglednica 4:
Razpoložljivost sadja in zelenjave: zadnje razpoložljivo leto

VSI	
Država	Na osebo/dan
Slovenija	516
Finska	433
Italija	433
Estonija	378
Belgija	360
Madžarska	360
Norveška	341
Francija	288
Danska	273
Združeno kraljestvo	248
Irska	229
Islandija	224

Slika 7:
Sadje in zelenjava, na voljo v državah DP 5



Za Grčijo, Nemčijo, Nizozemsko in Slovaško podatkov ni bilo na voljo.

Vir: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics (Statistika bolezni srca in ožilja v Evropi). 2008. Evropska mreža za srce. Bruselj.

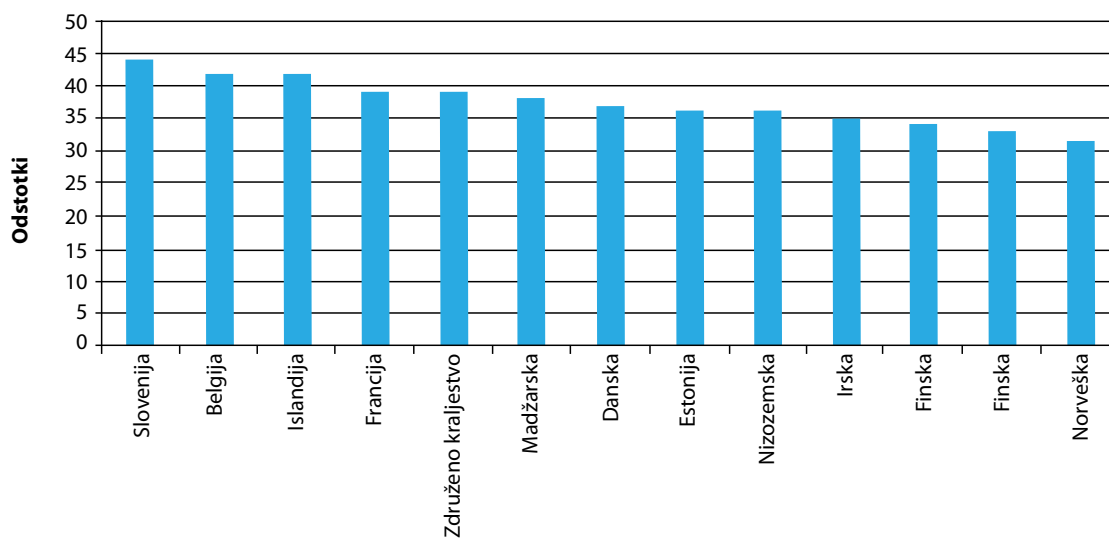




Preglednica 5:
Delež celotne energije iz maščob: zadnje razpoložljivo leto

VSI	
Država	Na osebo/dan
Slovenija	44
Belgija	42
Islandija	42
Francija	39
Združeno kraljestvo	39
Madžarska	38
Danska	37
Estonija	36
Nizozemska	36
Irska	35
Finska	34
Italija	33
Norveška	31

Slika 8:
Delež celotne energije iz maščob v državah DP 5



Za Grčijo, Nemčijo in Slovaško podatkov ni bilo na voljo.

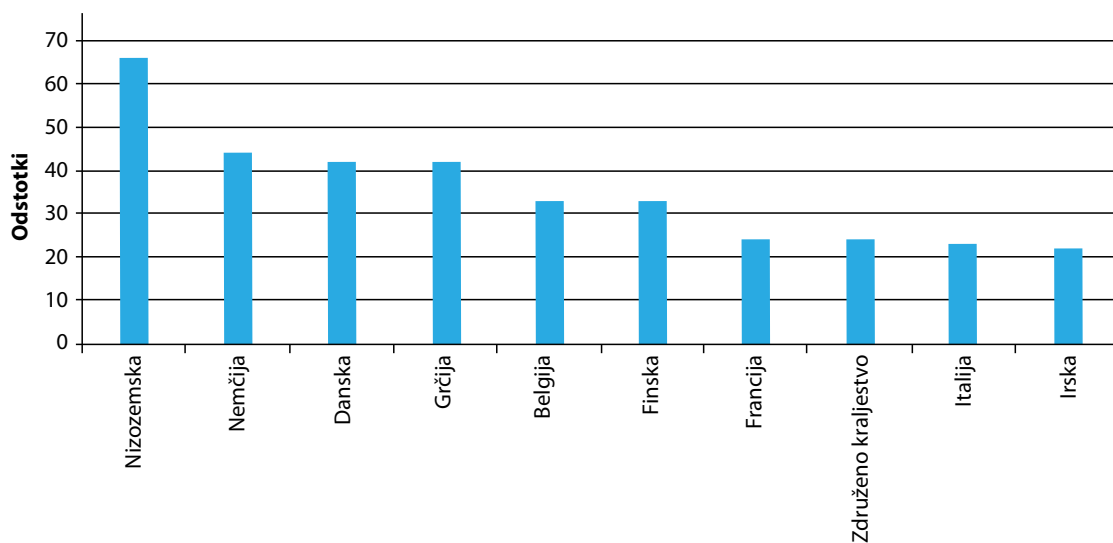
Vir: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics (Statistika bolezni srca in ožilja v Evropi). 2008. Evropska mreža za srce. Bruselj. Zadnje razpoložljivo leto (obdobje med 1980/84 in 1997)



Preglednica 6:
Ljudje s 4 ali več dnevi zmerne fizične aktivnosti, 2005

VSI	
Država	%
Nizozemska	66
Nemčija	44
Danska	42
Grčija	42
Belgija	33
Finska	33
Francija	24
Združeno kraljestvo	24
Italija	23
Irska	22

Slika 9:
Delež ljudi s 4 ali več dnevi zmerne fizične aktivnosti na teden v državah DP 5, 2005



Za Estonijo, Madžarsko, Islandijo, Norveško, Slovenijo in Slovaško podatkov ni bilo na voljo.

Vir: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics (Statistika bolezni srca in ožilja v Evropi). 2008. Evropska mreža za srce. Bruselj. Zadnje razpoložljivo leto (obdobje med 1980/84 in 1997)





P rimerjalni projekt EuroHeart

V tem poročilu so predstavljene ugotovitve v okviru primerjalnega projekta EuroHeart (Delovni paket 5), katerega cilj je ponazoritev strategij, povezanih z zdravjem srca, v 16 evropskih državah. Primerjava se je pričela septembra 2007, zaključena pa je bila novembra 2008.

Glavni cilj Delovnega paketa 5 je bil s pomočjo primerjave in analize pridobiti celovite primerljive informacije v zvezi s politikami, načrti in ukrepi, ki vplivajo na spodbujanje zdravja srca in ožilja ter preprečevanje bolezni srca in ožilja. Njegov cilj je bil ugotoviti razlike in vrzeli med evropskimi politikami in ukrepi ter določiti bistvene elemente v celoviti nacionalni strategiji, povezani z boleznimi srca in ožilja. Delovni paket stremi tudi k izboljšanju ozaveščenosti o pomembnosti obravnave zdravja srca v širokem razponu politik. Projekt EuroHeart financira Evropska unija, in sicer v okviru programa javnega zdravja.

Metode

Primerjalni projekt je bil postopek, v katerem so sodelovali Evropska mreža za srce, pridruženi nacionalni partnerji in Raziskovalna skupina za spodbujanje zdravja Britanske fundacije za srce na Univerzi v Oxfordu (akademski partner pri tem delovnem paketu). Vsaka partnerska organizacija je pri tem projektu prevzela določeno vlogo. Evropska mreža za srce je skrbela za celotno vodenje in upravljanje Delovnega paketa ter za zbiranje podatkov na ravni EU. Pridruženi nacionalni partnerji so bili zadolženi za zbiranje podatkov znotraj posameznih držav, Raziskovalna skupina za spodbujanje zdravja Britanske fundacije za srce pa je bila odgovorna za razvoj orodij za zbiranje podatkov, za analizo podatkov ter za pripravo poročila o projektu.

Ustanovljen je bil svetovalni odbor, ki se je sestel trikrat (za podrobnosti glede članov Odbora glejte Prilogo A). Na uvodnem srečanju, sklicanem oktobra 2007, so razpravljali o načrtih Delovnega paketa 5, ter o zasnovi in razvoju orodij za zbiranje podatkov. Drugo srečanje je potekalo oktobra 2008, na njem pa so razpravljali o ugotovitvah v okviru projekta. Do tretjega in zadnjega srečanja svetovalnega odbora je prišlo marca 2009. Tokrat so razpravljali o razširjanju ugotovitev.

Razvoj vprašalnika

Da bi omogočili zbiranje primerljivih informacij, je bilo dogovorjeno, da bodo strukturirani vprašalniki, razposlani prek elektronske pošte, najučinkovitejši način zbiranja podatkov v sodelujočih državah. Raziskovalna skupina za spodbujanje zdravja Britanske fundacije za srce je sestavila in uvedla strukturirani vprašalnik ter sklop pojasnil, in sicer deloma na podlagi podobnega dela, ki ga je izvedla Svetovna zdravstvena organizacija (SZO)^{1,2} (glejte Priloge B & C).

Zbiranje podatkov

Zbiranje podatkov so na nacionalni ravni opravili pridruženi partnerji, vključeni v ta delovni paket. Organizirana so bila tri srečanja nacionalnih koordinatorjev, tj. posameznikov, ki so jih v posamezni sodelujoči državi določili za zbiranje podatkov v imenu Univerze v Oxfordu. Na uvodnem srečanju novembra 2007 so nacionalne koordinatorje seznanili s postopkom zbiranja podatkov, ki naj bi ga uporabili, pri čemer so želeli vzpostaviti merila kakovosti za pridobivanje in beleženje podatkov. Nadaljnje nasvete in pomoč so nacionalni koordinatorji prejeli prek elektronske pošte, potem ko so končali z zbiranjem podatkov. Po izteku prvotnega roka za predložitev podatkov je prišlo do vzpostavitve stika z neodzivnimi nacionalnimi koordinatorji (n=4) prek elektronske pošte, v kateri



so jih spodbudili k predložitvi. Na podlagi tega postopka so v analizo podatke predložile vse države. Po pregledu podatkov je moralo nekaj nacionalnih koordinatorjev predložiti manjkajoče podatke. Poleg tega je moral vsak nacionalni koordinator zbrati nadaljnje informacije o nacionalnih politikah/strategijah ali načrtih v posamezni državi (glejte Prilogo D). Junija 2008 je potekalo drugo srečanje, na katerem so nacionalnim koordinatorjem predstavili prvotne ugotovitve v okviru projekta. Nacionalni koordinatorji so morali po tem srečanju pregledati povzetek primerjanih podatkov ter odpraviti morebitne napačne razlage podatkov.

Septembra 2008 so bili pregledani podatki, zbrani v okviru projekta SZO^{1,2}, da bi ocenili primerljivost obeh sklopov podatkov, ob upoštevanju dejstva, da so bili podatki zbrani v različnih časovnih obdobjih. Nacionalni koordinatorji so morali podati pripombe na vsakršna ugotovljena odstopanja med podatki.

Na podlagi razprav, ki so potekale na srečanju svetovalnega odbora oktobra 2008, je moral vsak nacionalni koordinator pripraviti povzetek podatkov o politiki spodbujanja zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanja bolezni srca in ožilja v svoji državi.

Zadnje srečanje nacionalnih koordinatorjev se je zgodilo marca 2009, na njem pa so se dogovorili o končnih spremembah poročila in razpravljali o razširjanju in spremljanju ugotovitev.

Analiza podatkov

Vse analize podatkov je opravila Raziskovalna skupina za spodbujanje zdravja Britanske fundacije za srce na Univerzi v Oxfordu. Z uporabo Excela so primerjali podatke iz posameznih držav. Prvotno so za analize načrtovali oblikovanje matrike ob upoštevanju podobnih vrst primerjalnih analiz¹⁻⁴ ter s sklicevanjem na Ottawsko listino.⁵ Po treh krogih zbiranja podatkov so pridruženi nacionalni partnerji predložili znatno količino podatkov. Vendar zaradi variabilnosti podatkov nismo mogli izvesti podrobne analize vseh podatkov. Namesto tega smo uporabili opisno analizo.



Rezultati

Povzetek ključnih ugotovitev je predstavljen v tem poročilu. Nadaljnje informacije, ki se nanašajo na posamezne države, je mogoče najti v dopolnilnem poročilu, tj. povzetkih poročil za posamezne države, na spletni strani <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

Slovar izrazov se nahaja v Prilogi C

Nacionalne organizacije

Vse države so izkazale vladni organ, katerega glavna odgovornost so javnozdravstveni ukrepi, ki so pomembni za preprečevanje in obvladovanje kroničnih bolezni. Večina držav je izkazala tudi druge vladne organe in/ali druge nacionalne organizacije s podobno vključenostjo.

Vse države so izkazale tudi vladni organ, katerega glavna odgovornost je spodbujanje zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanje bolezni srca in ožilja. V vseh 16 državah je pri spodbujanju zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanju bolezni srca in ožilja sodelovala vrsta drugih organizacij (vladne, nevladne organizacije, dobrodelne organizacije in strokovna združenja). Nekatere države so izkazale organizacijo, odgovorno za usklajevanje izvajanja politike/strategije ali načrta v zvezi s spodbujanjem zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanjem bolezni srca in ožilja. Irska je priglasila organizacije, odgovorne za uresničevanje opredeljenih ciljev. Finska je poročala, da je vrsta akterjev prevzela odgovornost za izvajanje ukrepov za uresničitev posebnih ciljev.

Državni akti, zakoni in zakonodaja

V preglednici 7 je prikazana primerjava obstoječe in predvidene zakonodaje v vseh 16 državah. Vse države so priglasile določeno vrsto zakonodaje, ki zajema javno zdravje, nadzor tobaka in prehrano. Javnozdravstvena zakonodaja je bila večinoma splošne narave in je običajno usmerjala zagotavljanje zdravja in z njim povezanih zdravstvenih storitev. Tobačna zakonodaja je vključevala določbo o prepovedih/omejitvah kajenja na javnih mestih, omejitvah pri oglaševanju in prodaji tobačnih izdelkov ter o opozorilnih oznakah. V prehranski zakonodaji so bile zajete tako zahteve glede označevanja kot tudi zagotavljanje prehrane v šolskih okoljih. Vse države razen Grčije so priglasile zakonodajo v zvezi z omejevanjem porabe alkohola, ki se običajno nanaša, na primer, na omejevanje oglaševanja in /ali prodaje mladim. Enajst izmed šestnajstih držav je imelo zakonodajo, povezano s spodbujanjem fizične aktivnosti. Ta je vključevala organizacijo in spodbujanje športnih aktivnosti ter zagotavljanje priložnosti za fizično aktivnost v šolah.

Manj pogosti so bili zakonodajni ukrepi glede sladkorne bolezni, spodbujanja zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanja bolezni srca in ožilja, odpravljanja neenakosti v zdravju in debelosti, saj je o njih poročalo pol ali celo manjše število držav. Samo dve državi sta priglasili zakonodajo v zvezi s stresom (Belgija, Slovaška), ki se nanaša na delovno mesto in/ali duševno zdravje.

Nacionalne politike/strategije ali načrti

V preglednici 8 je prikazana primerjava obstoječih in predvidenih nacionalnih politik/strategij ali načrtov v vseh 16 državah. Najpogosteje priglašene nacionalne politike so bile v veliki meri v skladu s področji, ki so najpogosteje zajeta z zakonodajo. Petnajst držav je poročalo o nacionalni javnozdravstveni politiki (razen Nemčije, kjer so tovrstni ukrepi v pristojnosti zveznih dežel).



Podobno so vse države (razen Danske) priglasile nacionalno tobačno politiko. Štirinajst držav (razen Nemčije in Grčije) je imelo nacionalne politike, povezane s koronarno srčno boleznijo. Vse države (razen Danske in Grčije) so imele nacionalne politike, povezane s prehrano in fizično aktivnostjo.

Na sliki 10 so prikazane države, ki poročajo o nacionalni politiki v zvezi s spodbujanjem zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanjem boleznih srca in ožilja, v zvezi s koronarno srčno boleznijo, hipertenzijo, infarktom in hiperlipidemijo. V teh državah so se na teh področjih lotili različnih ukrepov. V večini držav so sprejeli nacionalno politiko, ki obravnava vsa ali štiri izmed področij. V nekaterih državah so sprejeli zgolj nacionalne politike v zvezi s spodbujanjem zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanjem boleznih srca in ožilja ter v zvezi s koronarno srčno boleznijo (Danska, Madžarska), medtem ko so druge (na primer Anglija in Severna Irsko (Združeno kraljestvo)) priglasile nacionalno politiko v zvezi s koronarno srčno boleznijo in ločeno strategijo v zvezi z infarktom. Nemčija ni poročala o nobeni nacionalni politiki, obstajajo pa ukrepi v zvezi z infarktom v okviru politike na regionalni ravni. Grčija je poročala, da je v pripravi strategija za spodbujanje zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanje boleznih srca in ožilja.

Nekatere države so priglasile programe ali priporočila za programe/politike, ki omogočajo zgodnje diagnosticiranje (prepoznavanje prebivalstva z visokim tveganjem ali presejanje). Med temi državami so: Belgija, Estonija, Francija, Grčija, Madžarska, Irsko in Nizozemska. V francosko govoreči skupnosti v Belgiji, na primer, je eden izmed ciljev celovitega pristopa k spodbujanju zdravja srca in ožilja izboljšanje presejanja, na podlagi česar bi ocenili splošno tveganje boleznih srca in ožilja med prebivalstvom, starih med 30 in 75 let. Države odgovornost za prepoznavanje in izvajanje presejanja praviloma prepuščajo splošnim zdravnikom. Tri države, Francija, Nemčija in Irsko, poročajo o priporočilih za takojšnjo prvo pomoč, npr. kardiopulmonalno oživljanje ter dostop do zunanjih defibrilatorjev in usposabljanje za uporabo le-teh.

Potem ko so države poročale o svojih, s politikami povezanih ukrepih glede boleznih in z življenjskim slogom povezanih dejavnikov tveganja, ki se nanašajo na bolezni srca in ožilja (alkohol, prehrana, telesna dejavnost in tobak), so ugotovili vrsto različnih pristopov. Enajst držav (in dva dela Združenega kraljestva) je priglasilo nacionalne politike, ki obravnavajo debelost, sladkorno bolezen in vse štiri z življenjskim slogom povezane dejavnike tveganja. Grčija ni poročala o nacionalnih politikah na nobenem izmed teh področij. Škotska je poleg politik glede vseh z življenjskim slogom povezanih dejavnikov tveganja poročala o politiki v zvezi z debelostjo, Severna Irsko pa izvaja politiko v zvezi s sladkorno boleznijo in politike glede vseh z življenjskim slogom povezanih dejavnikov tveganja. Slovenija je poročala o politikah glede vseh z življenjskim slogom povezanih dejavnikov tveganja, v pripravi pa je tudi politika v zvezi s sladkorno boleznijo. Estonija in Madžarska imata politike o prehrani, fizični aktivnosti in tobaku. Danska je priglasila nacionalni politiki o debelosti in sladkorni bolezni. Enajst držav (razen Danske, Estonije, Francije, Nemčije in Grčije) je priglasilo nacionalne politike, ki obravnavajo neenakosti v zdravju. Le nekaj držav pa ima nacionalno politiko v zvezi s stresom.

Države so poročale o skupni strukturi dokumentacije politik, čeprav so bile priglašene razlike v dolžini zadevnih dokumentov na posameznih področjih. Večina dokumentov politik naj bi vsebovala informacije o resnosti zadevnega zdravstvenega problema v posamezni državi, cilje in časovne okvire, ki jim je treba slediti, možnosti ukrepanja, priporočila in opredelitev pomembnih predstavnikov za podporo spremembe. Nekateri države so poročale o objavi podrobnejših akcijskih načrtov v podporo splošnim ugotovitvam, opisanim v dokumentih politik, nekateri pa so izpostavile objavo poročil o napredku. Drugi elementi, ki utegnejo prispevati k razvoju celovite nacionalne strategije glede boleznih srca in ožilja, bodo obravnavani pozneje. Primeri nacionalnih politik o spodbujanju zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanju boleznih srca in ožilja je mogoče najti v dopolnilnem poročilu, tj. povzetkih poročil za posamezne države, na spletni strani <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>



Preglednica 7:
Primerjava obstoječe in predvidene zakonodaje v vseh državah DP5

Država	Javno zdravje	Bolezni srca in ožilja	Debelost	Sladkorna bolezen	Alkohol	Prehrana	Fizična aktivnost	Tobak	Podpisnica Okvirne konvencije SZO o nadzoru tobaka	Stres	Neenakosti
Belgija – francosko govoreča skupnost	●	●	✘	✘	●	●	●	●	●	●	●
Belgija – flamsko govoreča skupnost	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Belgija – nemško govoreča skupnost	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	●	✘
Danska	●	●	●	●	●	●	✘	●	●	✘	●
Estonija	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	✘	✘
Finska	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	✘	✘
Francija	●	●	✘	✘	●	●	●	●	●	✘	✘
Nemčija	●	●	●	●	●	●	✘	●	●	✘	●
Grčija	●	✘	✘	✘	✘	●	✘	●	●	✘	✘
Madžarska	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	✘	✘
Islandija	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	✘	●
Irska	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	●
Italija	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	●
Nizozemska	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	✘	✘
Norveška	●	✘	●	✘	●	●	●	●	●	✘	●
Slovaška	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Slovenija	●	●	■	○	●	●	●	●	●	✘	✘
Združeno kraljestvo – Anglija	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	✘
Združeno kraljestvo – Severna Irska	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	✘
Združeno kraljestvo – Škotska	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	✘
Združeno kraljestvo – Wales	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	✘

Legenda: ● = da; ✘ = ne; ○ = v pripravi; ■ = ne vem, ni odgovora

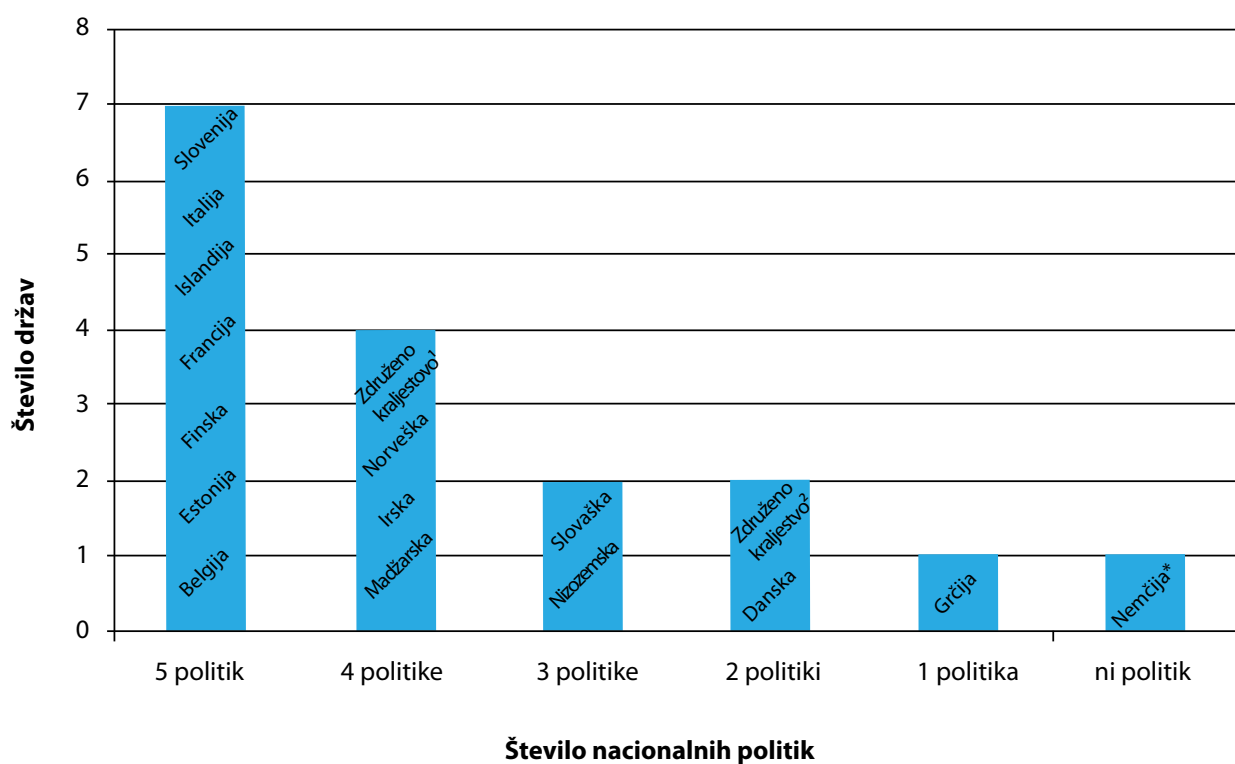
Preglednica 8:
Primerjava obstoječih in predvidenih nacionalnih politik/strategij in načrtov v vseh državah DP5

Država	Javno zdravje	Bolezni srca in ožilja	Koronarna srčna bolezen	Hipertenzija	Infarkt	Hiperlipidemija	Debelost	Sladkorna bolezen	Alkohol	Prehrana	Fizična aktivnost	Tobak	Stres	Neenakosti
Belgija – francosko govoreča skupnost	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●	
Belgija – flamsko govoreča skupnost	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●	
Belgija – nemško govoreča skupnost	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●	
Danska	●	●	●	✗	✗	✗	●	●	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Estonija	●	●	●	●	●	●	✗	✗	✗	●	●	●	✗	✗
Finska	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✗	●
Francija	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✗	✗
Nemčija	✗	✗	✗	✗	✗	✗	○	○	●	●	●	●	✗	✗
Grčija	○	○	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	●	✗	✗
Madžarska	●	●	●	●	●	✗	✗	✗	✗	●	●	●	✗	●
Islandija	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●
Irska	●	●	●	●	○	✗	●	●	●	●	●	●	●	●
Italija	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✗	●
Nizozemska	●	●	●	✗	✗	●	○	●	●	●	●	●	✗	●
Norveška	●	✗	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✗	●
Slovaška	●	○	●	✗	○	✗	●	●	●	●	●	●	●	●
Slovenija	●	●	●	●	●	●	✗	○	●	●	●	●	○	●
Združeno kraljestvo – Anglija	●	✗	●	✗	●	✗	●	●	●	●	●	●	✗	●
Združeno kraljestvo – Severna Irska	●	✗	●	✗	○	✗	●	✗	●	●	●	●	●	●
Združeno kraljestvo – Škotska	●	✗	●	●	●	●	✗	●	●	●	●	●	✗	●
Združeno kraljestvo – Wales	●	✗	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●

Legenda: ● = da; ✗ = ne; ○ = v pripravi; ■ = ne vem, ni odgovora

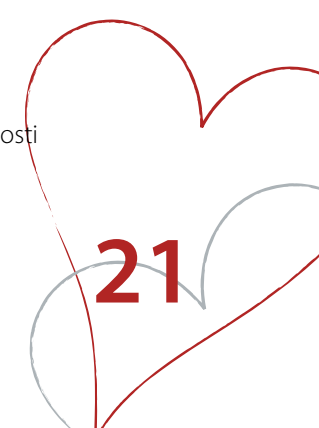


Slika 10:
Države, ki poročajo o nacionalni politiki v zvezi s spodbujanjem zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanjem bolezni srca in ožilja, v zvezi s koronarno srčno boleznijo, hipertenzijo, infarkt in hiperlipidemijo



Združeno kraljestvo¹ – Škotska & Wales
Združeno kraljestvo² – Anglija & Severna Irsko

* Nemčija ne poroča o nobeni nacionalni politiki, saj so strategije zdravstvene politike predvsem v pristojnosti veznih dežel



Nacionalni programi

V preglednici 9 je prikazana primerjava obstoječih in predlaganih nacionalnih programov v vseh 16 državah. V državah so najpogosteje poročali o programih, ki obravnavajo vprašanja v zvezi s tobakom, javnim zdravjem, fizično aktivnostjo, koronarno srčno boleznijo in prehrano, kar se kaže tudi pri ukrepih v okviru zakonodaje in politik in je morda z njimi tudi povezano. Programske aktivnosti so vključevale tako multimedijske kampanje kot tudi ukrepe, usmerjene v določene skupine prebivalstva, in sicer v različnih okoljih, na primer v šolah, na delovnih mestih in na področju osnovnega zdravstva. V okviru programov so bili sprejeti različni pristopi. Programi, o katerih je poročala večina držav, so bili večinoma izobraževalni programi, namenjeni vplivu na posameznikovo obnašanje v zvezi z zdravjem. Nekatere države so na nekaterih področjih poročale tudi o pristopu, ki temelji na prebivalstvu, na primer o spodbujanju fizične aktivnosti prek strukturnih sprememb, kot je zagotovitev izboljšanih pogojev za kolesarjenje ali športnih površin. Dvanajst držav je priglasilo nacionalni program za sladkorno bolezen. Polovica držav ali več je poročala o obstoju nacionalnega programa za spodbujanje zdravega srca in ožilja in/ali preprečevanje bolezni srca in ožilja ali obstoju programov v zvezi s hipertenzijo, alkoholom in/ali debelostjo. Manj pogosti so bili nacionalni programi, ki se nanašajo na hiperlipidemijo, infarkt in stres. Samo štiri države (Belgija, Finska, Italija in Združeno kraljestvo) so poročale o posebnih nacionalnih programih, ki obravnavajo neenakosti v zdravju.

Nacionalni program merjenja otrok v Angliji

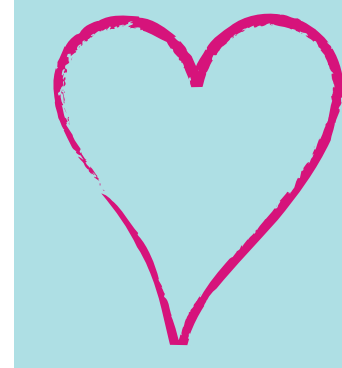
Nacionalni program merjenja otrok je eden izmed elementov delovnega programa vlade v zvezi z debelostjo otrok, ki ga skupaj vodita Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za otroke, šole in družine. Program je bil vzpostavljen leta 2005.

Vsako leto otroke v pripravljalnem razredu (starost od 4 do 5 let) in šestem razredu (starost od 10 do 11 let) med šolskim letom stehtajo in izmerijo ter o rezultatih obvestijo lokalne agencije, ki se ukvarjajo z načrtovanjem in zagotavljanjem storitev za otroke, ter zberejo nadzorne podatke na ravni prebivalstva, ki omogočajo analizo trendov vzorcev rasti in debelosti.

Poleg tega program prispeva k boljšemu javnemu in strokovnemu razumevanju težav s prekomerno težo pri otrocih ter je dobrodošlo orodje za pogovor z otroki in družinami o zdravem načinu življenja in težavah s prekomerno težo. Vsi starši otrok, ki sodelujejo v programu, bodo prejeli rezultate, ne glede na težo njihovega otroka, razen če tega ne želijo.

Nadaljnje informacije na spletni strani http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthimprovement/Healthyliving/DH_073787





Preglednica 9:
Primerjava obstoječih in predlaganih nacionalnih programov v vseh državah DP 5

Država	Javno zdravje	Bolezni srca in ožilja	Koronarna srčna bolezen	Hipertenzija	Infarkt	Hiperlipidemija	Debelost	Sladkorna bolezen	Alkohol	Prehrana	Fizična aktivnost	Tobak	Stres	Neena kosti
Belgija – francosko govoreča skupnost	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Belgija – flamsko govoreča skupnost	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Belgija – nemško govoreča skupnost	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Danska	✘	●	○	✘	✘	✘	○	✘	✘	✘	✘	■	✘	✘
Estonija	●	●	●	●	●	✘	✘	✘	●	●	●	✘	✘	✘
Finska	●	●	●	✘	●	✘	●	●	●	●	●	✘	●	●
Francija	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	✘	✘
Nemčija	●	●	●	✘	✘	✘	●	●	●	✘	●	✘	✘	✘
Grčija	✘	✘	●	●	■	●	●	●	■	■	●	●	●	■
Madžarska	✘	✘	●	●	■	■	■	■	■	●	■	●	■	■
Islandija	●	✘	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●	■
Irsko	●	●	●	✘	✘	✘	✘	✘	●	●	●	●	✘	■
Italija	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	●
Nizozemska	●	●	✘	✘	✘	●	●	●	○	✘	✘	●	✘	✘
Norveška	●	✘	✘	●	✘	✘	✘	●	✘	●	●	●	✘	✘
Slovaška	●	●	✘	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	●	●	✘
Slovenija	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	■	■
Združeno kraljestvo – Anglija	●	✘	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
Združeno kraljestvo – Severna Irsko	●	✘	✘	✘	●	✘	●	●	✘	●	●	●	●	●
Združeno kraljestvo – Škotska	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Združeno kraljestvo – Wales	●	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●

Legenda: ● = da; ✘ = ne; ○ = v pripravi; ■ = ne vem, ni odgovora

Nacionalne smernice/standardi

V preglednici 10 je prikazana primerjava obstoječih in predvidenih nacionalnih smernic/standardov v vseh 16 državah. Dve državi niso poročale o nobenih nacionalnih smernicah/standardih ((Danska in Grčija). Vse druge države so priglasile nacionalne smernice/standarde, ki obravnavajo koronarno srčno bolezen in hipertenzijo, pri čemer je manjšina (Belgija, Finska, Irska) poročala o uradni vladni potrditvi obstoječih evropskih smernic. Večina držav je sledila nacionalnim smernicam/standardom glede izvajanja preprečevanja hiperlipidemije (razen Danske, Grčije in Italije), sladkorne bolezni in infarkta. Deset držav je izkazalo smernice/standarde glede debelosti.

Preglednica 10:
Primerjava obstoječih in predvidenih nacionalnih smernic/standardov v vseh državah DP5

Država	Koronarna srčna bolezen	Hipertenzija	Infarkt	Hiperlipidemija	Debelost	Sladkorna bolezen
Belgija – francosko govoreča skupnost	●	●	●	●	●	✘
Belgija – flamsko govoreča skupnost	●	●	●	●	●	●
Belgija – nemško govoreča skupnost	●	●	●	●	●	✘
Danska	✘	✘	✘	✘	✘	✘
Estonija	●	●	✘	●	●	●
Finska	●	●	●	●	●	●
Francija	●	●	●	●	●	●
Nemčija	●	●	●	○	●	●
Grčija	✘	✘	✘	✘	✘	✘
Madžarska	●	●	●	●	●	●
Islandija	●	●	●	●	●	●
Irska	●	●	○	●	●	○
Italija	●	●	●	●	●	●
Nizozemska	●	●	●	●	●	●
Norveška	●	●	●	●	●	✘
Slovaška	●	●	■	●	■	●
Slovenija	●	●	●	●	✘	●
Združeno kraljestvo – Anglija	●	●	●	○	●	●
Združeno kraljestvo – Severna Irska	●	●	●	●	●	●
Združeno kraljestvo – Škotska	●	●	●	●	●	●
Združeno kraljestvo – Wales	●	●	●	○	●	●

Legenda: ● = da; ✘ = ne; ○ = v pripravi; ■ = ne vem, ni odgovora



Nacionalni cilji, spremljanje in vrednotenje

V preglednici 11 so prikazani odgovori, ki se nanašajo na nacionalne cilje na področju javnega zdravja, spodbujanja zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanja bolezni srca in ožilja, prisotnost morebitnega spremljanja obstoječih ciljev ter informacije glede sistematičnega javnega poročanja o pobudah v zvezi z zdravjem srca ter vrednotenju le-teh.

Vse države so imele določeno vrsto ciljev v zvezi z zdravjem srca in ožilja in/ali preprečevanjem bolezni srca in ožilja. Pri tem so poročale o splošnih ciljih zmanjšanja razširjenosti srčnih bolezni v določenih skupinah prebivalstva in/ali ciljih, povezanih z dejavniki tveganja. Dve državi (Finska in Slovenija) in ena skupnost v Belgiji so poleg teh ciljev poročali tudi o spremljanju dosežkov, strukturi za sistematično javno poročanje o ukrepih ter o prisotnosti vrednotenja določene vrste aktivnosti v zvezi z zdravjem srca. Podobno je Slovaška priglasila cilje, spremljanje uresničevanja teh ciljev, vrednotenje in razvoj strukture za sistematično javno poročanje o ukrepih. Estonija in trije deli Združenega kraljestva (razen Severne Irske) so poročali o ciljih, spremljanju uresničevanja teh ciljev ter o vrednotenju, vendar ne o obstoječi strukturi za sistematično javno poročanje o ukrepih. Pet držav (Francija, Islandija, Irska, Italija in Nizozemska) in en del Združenega kraljestva (Severna Irska) so priglasili obstoj ciljev in določeno obliko spremljanja uresničevanja teh ciljev.





Splošne pripombe

Medtem ko je bil predstavljen pregled priglašeni aktivnosti, pa so bile zaradi več razlogov mogoče zgolj preproste opisne analize. Kljub močnim prizadevanjem za poenotenje načinov zbiranja podatkov in prizadevnosti zbiralcev podatkov na nacionalni ravni so posamezne države predložile podatke na različni ravni podrobnosti. To je onemogočilo natančno primerjavo. V določenih primerih je bila razlog neodzivnost na zahteve vladnih organov posameznih držav po ključnih informacijah. Poleg tega pa je bil velik del ustrezne dokumentacije na voljo le v jeziku posamezne države, zato so se morali zanesti na naslov ali kratek povzetek v angleščini, saj bi stroški prevoda preseglji okvir delovnega paketa.

Kljub tem praktičnim težavam, ki so skupne podobnim projektom, so v okviru te primerjave ugotovili, da je večina evropskih držav, ki so sodelovale v tem delovnem paketu, poročala o obstoječih nacionalnih strategijah in ukrepih na področju spodbujanja zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanja bolezni srca in ožilja. Razprava o učinkovitosti takih ukrepov v posameznih državah ali primerjava in ocena razpona različnih pristopov, ki so jih izbrale posamezne države, presejata okvir tega projekta.

Vendar je glede na ugotovitve mogoče sklepati, da so bile v večini držav povezave med zakonodajnimi ukrepi, ukrepi v okviru politik in programskimi pobudami najmočnejše v zvezi z javnim zdravjem, koronarno srčno boleznijo, tobakom, prehrano in fizično aktivnostjo. Vladno in partnersko delovanje obstajata v večini držav, vendar o popolni uskladitvi ukrepov niso poročali v vseh državah. Ugotovljene so bile skupne smernice za obvladovanje koronarne srčne bolezni in hipertenzije. Večina držav je poročala o določeni vrsti ciljev v zvezi s spodbujanjem zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanjem bolezni srca in ožilja. Vendar pa so bile povezave med takimi cilji in spremljanjem, javnim poročanjem o ukrepih in napredku pri uresničevanju ciljev in nacionalnim vrednotenjem veliko manj jasne.

V približno polovici od šestnajstih držav je bilo mogoče ugotoviti višino proračunskih sredstev, dodeljenih za izvajanje politik/programov, v večini primerov pa so bili razpoložljivi podatki glede financiranja nepopolni. To je mogoče pripisati težavam z načinom zbiranja podatkov in morda kaže na potrebo po bolj „odkritem in preglednem“ sprejemanju odločitev ali pa je morda odraz dejanskega pomanjkanja namenskih sredstev, ki bi omogočila izvajanje ukrepa za spodbujanje zdravja srca in ožilja/preprečevanje bolezni srca in ožilja.

Preglednica 11:
Primerjava obstoječih in predvidenih nacionalnih ciljev,
spremljanja in vrednotenja v vseh državah DP5

Država	Javno zdravje	Bolezni srca in ožilja	Spremljanje	Poročanje	Vrednotenje
Belgija – francosko govoreča skupnost	●	✘	✘	✘	✘
Belgija – flamsko govoreča skupnost	●	●	●	●	●
Belgija – nemško govoreča skupnost	✘	✘	✘	●	✘
Danska	○	✘	✘	✘	✘
Estonija	●	●	●	✘	●
Finska	●	●	●	●	●
Francija	●	■	●	✘	●
Nemčija	●	✘	✘	✘	○
Grčija	✘	✘	✘	✘	✘
Madžarska	✘	●	✘	✘	■
Islandija	●	●	●	✘	✘
Irska	✘	●	●	✘	●
Italija	●	●	●	●	●
Nizozemska	●	✘	●	●	●
Norveška	●	✘	✘	●	✘
Slovaška	●	●	●	○	●
Slovenija	●	●	●	●	●
Združeno kraljestvo – Anglija	●	●	●	✘	●
Združeno kraljestvo – Severna Irska	●	●	●	✘	✘
Združeno kraljestvo – Škotska	●	●	●	✘	●
Združeno kraljestvo – Wales	●	●	●	✘	●

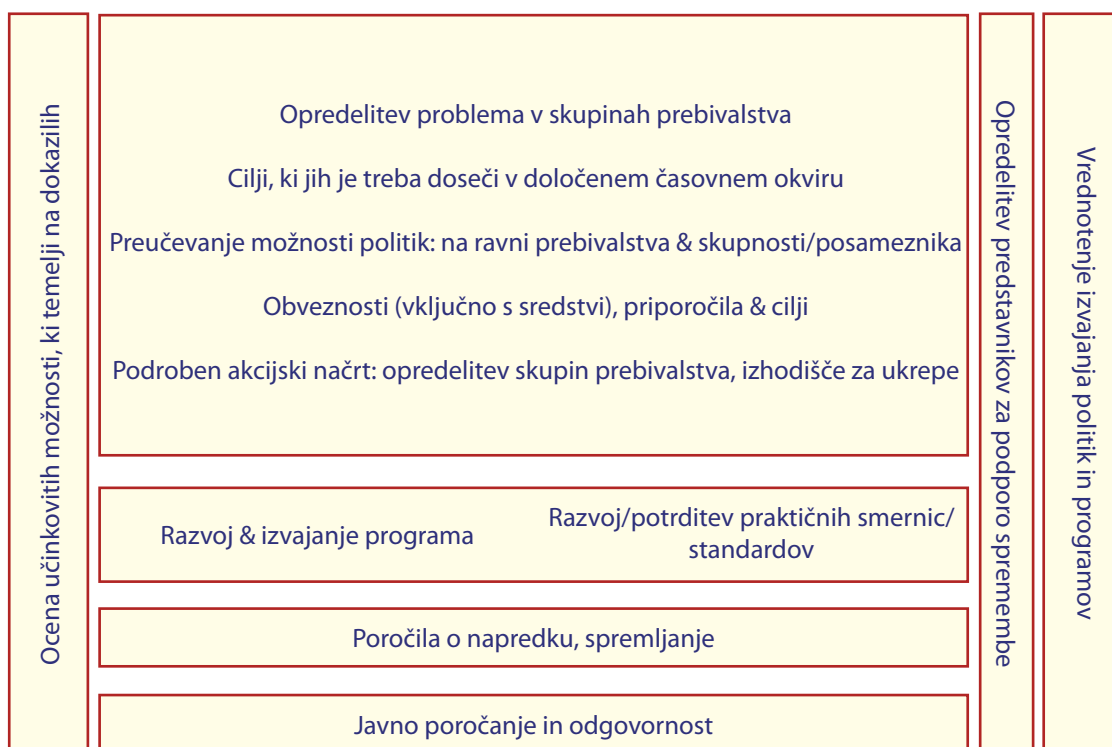
Legenda: ● = da; ✘ = ne; ○ = v pripravi; ■ = ne vem, ni odgovora



Bistveni elementi v celoviti nacionalni strategiji, povezani z boleznimi srca in ožilja

Iz dokumentacije različnih držav je razvidna vrsta podobnih tem, kar kaže na prisotnost skupnih elementov, ki so pomembni pri razvoju nacionalnih strategij. Na sliki 11 so prikazane teme, opredeljene v predlaganem modelu. V naslednjem razdelku primeri, ki so jih predložili posamezni nacionalni koordinatorji, prikazujejo, kako se lahko teme, opredeljene na sliki 11, uporabljajo v smislu razvoja in izvajanja dejanskih politik. Nadaljnje informacije o teh politikah je mogoče najti v dopolnilnem poročilu, tj. povzetkih poročil za posamezne države, na spletni strani <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

Slika 11:
Predlagan model za bistvene elemente v celoviti nacionalni strategiji





Opredelitev problema v skupinah prebivalstva

S tem elementom so bile zagotovljene osnovne informacije o določenem(-ih) problemu(-ih), opredeljenem(-ih) v dokumentih politik, ter o prizadetih skupinah prebivalstva. V nekaterih primerih so bile zagotovljene tudi informacije o načinu opredelitve teh problemov (na primer, z nacionalno raziskavo, soglasjem strokovne skupine itd.).

Primer: Akcijski načrt za spodbujanje zdravja srca na Finskem za obdobje 2005–2011

Bolezni srca in ožilja so najpogostejši vzrok smrti na Finskem, tako pri moških kot tudi pri ženskah, vendar se je poudarek preusmeril na starejše starostne skupine. Čeprav je umrljivost zaradi koronarne srčne bolezni pri delovno sposobnih moških v primerjavi z ženskami petkrat večja, pa je skupno število smrti v celotnem prebivalstvu pri moških in ženskah skoraj enako. Med različnimi skupinami prebivalstva gre opaziti znatne razlike v zdravju, kar zadeva obolevnost, te razlike pa se kljub ciljem, zastavljenim v okviru zdravstvenih politik na Finskem, ne zmanjšujejo. Pozitiven razvoj je mogoče ugotoviti v vseh družbenih skupinah, vendar je le-ta najpočasnejši v nižjih slojih. Debelost se je razširila tako med odraslimi kot tudi med otroki. Delež fantov s prekomerno težo, starih 12 let, se je v obdobju med letoma 1977 in 2005 povečal s 7 % na 27 %, pri dekletih pa je ta delež narasel s 7 % na 18 %. Delež fantov s prekomerno težo, starih 18 let, se je v obdobju med letoma 1977 in 2005 povečal s 6 % na 25 %, medtem ko je pri dekletih ta delež narasel z 1 % na 13 %.

Vir: Anna-Liisa Rajala

Akcijski načrt za spodbujanje zdravja srca na Finskem za obdobje 2005–2011 (2005). Finsko društvo za srce www.sydanliitto.fi

Cilji, ki jih je treba doseči v določenem časovnem okviru

Splošni cilji politike so bili večinoma navedeni v zadevni dokumentaciji. Pri tem je šlo za splošne izjave o nameri, uporabnejša pa je bila navedba izmerljivih ciljev, ki naj bi bili doseženi v danem časovnem okviru.

Primer: Estonska strategija za zdravje srca 2005–2020

Splošni cilj strategije je doseči trajno zmanjšanje prezgodnje obolevnosti in umrljivosti zaradi bolezni srca in ožilja med estonskim prebivalstvom. Cilji so naslednji:

- zmanjšanje tveganja pri Estoncih, starih od 30 do 60 let, ki že spadajo v skupino z visokim tveganjem
- zmanjšanje umrljivosti zaradi bolezni srca in ožilja pri ljudeh, starih od 30 do 65 let, do leta 2010, in sicer za 5 % v primerjavi z letom 2004
- presejanje pri najmanj 90 % ljudi z visokim tveganjem bolezni srca in ožilja do leta 2008
- zmanjšanje splošnega tveganja bolezni srca in ožilja za 10 %

Vir: Marianne Sirel

<http://www.sm.ee/eng/pages/index.html>



Preučevanje možnosti politik: na ravni prebivalstva & skupnosti/ posameznika

V nekaterih primerih so bile kot osnovne informacije zagotovljene informacije o vrsti razpoložljivih možnosti politik (na primer, uporaba pristopov, ki temeljijo na prebivalstvu, ali ukrepov, usmerjenih v posameznika, ali kombinacije pristopov), ki so jih preučili še pred izbiro pristopa, opredeljenega v okviru politike, priloženi pa so bili tudi podatki o poteku postopka odločanja.

Primer: Building Healthier Hearts (Poskrbimo za bolj zdrava srca), 1999

Minister za zdravje in otroke je oblikoval strateško skupino za zdravje srca in ožilja, ki naj bi vzpostavila strateški pristop k zmanjšanju nepotrebne umrljivosti in obolevnosti zaradi boleznih srca in ožilja. Pristojnosti skupine so obsegale preučevanje pobud za izboljšanje zdravja srca in ožilja, nadaljnji razvoj nege in zdravljenja srca na ravni osnovne, sekundarne in terciarne zdravstvene dejavnosti ter usklajevanje storitev za bolnike. Minister je od skupine zahteval, da opravi obsežen posvetovalni postopek: obrnili so se na 53 zakonsko določenih in prostovoljnih organizacij, pri čemer so prejeli 43 odgovorov. Na srečanje so povabili predstavnike ključnih organizacij, poleg tega pa se je skupina v okviru terenskih obiskov sestala z bolnišničnim in reševalnim osebjem ter predstavniki skupnosti. Dva ločena vprašalnika so razposlali po bolnišnicah, ki skrbijo za bolnike s težavami s srcem. Skupina se je sestala dvajsetkrat in oblikovale so se številne podskupine, ki so ustrezale različnim zahtevam v okviru pristojnosti. Končno poročilo je nastalo na podlagi posvetovanj in razprav ter pregleda gradiva o razvoju zdravljenja in zdravstvenih storitev na Irskem in v tujini. Poročilo je bilo pripravljeno v okviru drugih dokumentov zdravstvene politike. V skladu z nacionalno politiko se je skupina ravnala po naslednjih temeljnih načelih:

- zdravje in družbena blaginja
- enak dostop
- kakovost
- uspešnost in učinkovitost ter
- odgovornost in presoja

Vir: Maureen Mulvihill

Ministrstvo za zdravje in otroke (1999). Building Healthier Hearts (Poskrbimo za bolj zdrava srca) - Poročilo strateške skupine za zdravje srca in ožilja. Vladni urad za objave. Dublin

Obveznosti (vključno s sredstvi), priporočila & cilji

Dokument politike je običajno vključeval priporočila in cilje, manj pogosteje pa so bile zagotovljene tudi informacije o dodeljenih sredstvih (vključno s finančnimi sredstvi, osebjem itd).

Primer: Italijanski nacionalni načrt preprečevanja 2005–2007

Regije so se dogovorile, da bodo za izvajanje načrta namenjale 240 milijonov evrov finančnih sredstev letno, kar predstavlja 25 % delež sredstev, ki jih ima posamezna regija na voljo za uresničevanje ciljev zdravstvenega načrta. Poleg teh sredstev so regije v letih 2005, 2006 in 2007 nacionalnemu načrtu preprečevanja dodelile dodatnih 200 milijonov evrov. Celoten znesek sredstev, ki ga regije lahko letno porabijo za izvajanje nacionalnega načrta preprečevanja (celotni program: cepljenje, iztrebljanje komarjev/podgan, javna higiena itd. torej znaša 440 milijonov evrov.

Vir: http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/Tabella_CCM.pdf
http://www.ccm-network.it/Pnp_intro



Podroben akcijski načrt: opredelitev skupin prebivalstva, izhodišče za ukrepe

V večini politik so bile navedene informacije o poteku dela, torej povzetek ključnih ukrepov, ki se bodo izvajali kot posledica politike. Tako kot pri drugih ključnih elementih so nekatere politike vključevale splošne izjave o nameri, druge pa so vsebovale natančnejši opis nalog, obveznosti in časovnih okvirov.

Primer: Koronarna srčna bolezen: nacionalni okvir za storitve v zvezi s koronarno srčno boleznijo – sodobni standardi in storitveni modeli.

Načrt je namenjen zmanjšanju razširjenosti srčne bolezni med angleškim prebivalstvom, posebni cilji pa se nanašajo na bolnike z visokim tveganjem. Namenjen je tudi zmanjšanju neenakosti v zdravju. Ukrepi, povezani s spodbujanjem zdravja, so usmerjeni k zdravstvenim organom, lokalnim oblastem, skupinam/skladom za osnovno zdravstveno dejavnost ter skladom Nacionalne zdravstvene službe.

Do oktobra 2000 so zdravstveni organi, lokalne oblasti, skupine/skladi za osnovno zdravstveno dejavnost ter skladi Nacionalne zdravstvene službe:

- že aktivno sodelovali pri razvoju programov za izboljšanje zdravja
- prevzeli odgovornost in tudi že prispevali v okviru določenih projektov, opredeljenih v programih za izboljšanje zdravja
- sprejeli mehanizem, po katerem so odgovorni za ukrepe, katerim so se zavezali v programih za izboljšanje zdravja
- sprejeli mehanizem, ki zagotavlja poročanje o napredku v politikah spodbujanja zdravja odboru, ki nato ta napredek pregleda
- določili osebo, ki predstavlja kontaktno točko za partnerske agencije

Do aprila 2001 so zdravstveni organi, lokalne oblasti, skupine/skladi za osnovno zdravstveno dejavnost ter skladi Nacionalne zdravstvene službe:

- potrdili, da bodo in so tudi že prispevali pri oblikovanju lokalnega programa učinkovitih politik a) zmanjšanja razširjenosti kajenja b) spodbujanja zdravega prehranjevanja c) povečanja fizične aktivnosti in d) zmanjšanja razširjenosti prekomerne teže in debelosti
- vzpostavili mehanizem, po katerem je mogoče preveriti, ali nove in vse obstoječe politike, ki so predmet pregleda, vplivajo na zdravje
- kot delodajalci že izvajali politiko v zvezi s kajenjem
- že lahko napolnili stranke/uporabnike storitev v posebne centre za odvajanje od kajenja, kamor sodijo tudi klinike
- ustvarili profil enakosti in določili lokalne cilje enakosti

Do aprila 2002 so zdravstveni organi, lokalne oblasti, skupine/skladi za osnovno zdravstveno dejavnost ter skladi Nacionalne zdravstvene službe:

- že razpolagali s kvantitativnimi podatki, ne starejšimi od 12 mesecev, o izvajanju politik
 - o zmanjšanja razširjenosti kajenja
 - o spodbujanja zdravega prehranjevanja
 - o spodbujanja fizične aktivnosti
 - o zmanjšanja razširjenosti prekomerne teže in debelosti
 - kot delodajalci razvili načrte za „zeleni“ transport in sprejeli ukrepe za vzpostavitev zaposlenim prijaznih politik
- Do aprila 2003 so zdravstveni organi, lokalne oblasti, skupine/skladi za osnovno zdravstveno dejavnost ter skladi Nacionalne zdravstvene službe:
- uveljavili načrte za vrednotenje napredka pri uresničevanju nacionalnih ciljev, povezanih z akcijskim načrtom Saving Lives: Our Healthier Nation (Reševanje življenj: za bolj zdrav narod), ter lokalnih ciljev

Nacionalni okvir za storitve tudi določa, kaj je treba vključiti v storitvene modele, da bo mogoče oblikovanje učinkovitih politik in programov preprečevanja:

- lokalni akterji morajo oblikovati program za izboljšanje zdravja, ki jasno opredeljuje prednostne naloge za izboljšanje zdravja in zmanjšanje neenakosti; upošteva priporočila iz letnega poročila direktorja javnega zdravstva in lokalni profil enakosti; določa ukrepe, ki so v pristojnosti posameznih organizacij; vključuje lokalne

continued overleaf



povezave do pomembnih nacionalnih politik; ter opredeljuje merila strukture, postopka in izida, po katerih se bo ocenjevala lokalna dejavnost.

- lokalni akterji bodo sodelovali s ključnimi interesnimi skupinami, da bi vzpostavili lokalno izvajalno skupino, ki bo razvila načrt lokalne dejavnosti in nadzirala njegovo izvajanje.
- lokalni akterji morajo vrednotiti vpliv na zdravje v primeru večjih odločitev v okviru politik, ki utegnejo neposredno ali posredno vplivati na nego srca.
- lokalni direktorji javnega zdravstva morajo za svoje lokalno prebivalstvo ustvariti profil enakosti, pri čemer morajo opredeliti neenakosti pri zdravju srca in dostopu do storitev preventive in zdravljenja. To mora biti neposredno vključeno v program za izboljšanje zdravja.
- od zdravstvenih organov, ki sodelujejo s skladi za osnovno zdravstveno dejavnost, se pričakuje ustanovitev centrov za odvajanje od kajenja za kadilce, ki želijo opustiti kajenje. Ti centri naj bodo namenjeni prikrajšanim skupnostim, mladim in nosečnicam in naj bodo na voljo v različnih okoljih. Nudili bodo pomoč, nasvete in nadaljnje ukrepanje, kadilcem, ki si to lahko najmanj privoščijo, pa tudi enotedensko nikotinsko nadomestno terapijo.
- treba je uporabiti pristop k razvoju skupnosti, pri čemer strokovnjaki v vlogi povezovalcev vključujejo lokalne skupnosti v sprejemanje odločitev, ki vplivajo na njihovo zdravje.
- Nacionalna zdravstvena služba in lokalne oblasti morajo razvijati in izvajati politike o delovnih mestih za varstvo in izboljšanje zdravja (vključno z zdravjem srca) osebja ter o napredku poročati svojim odborom in svetom.

Vir: Rebecca Salay

Ministrstvo za zdravje (2000) Koronarna srčna bolezen: nacionalni okvir za storitve v zvezi s koronarno srčno boleznijo – sodobni standardi in storitveni modeli. London: Ministrstvo za zdravje

Razvoj & izvajanje programa

V dokumentaciji politik so bile večinoma vključene informacije o načinu uresničevanja akcijskega načrta, pri čemer so se posebne informacije nanašale na njegovo oblikovanje.

Primer: Islandski nacionalni zdravstveni načrt do leta 2010

Ministrstvo za zdravje in socialno varnost bo prevzelo vodenje upravnega izvajanja načrta in pregledovanje zadevnih ciljev. Direktorat za zdravje bo sprejel določbe o zbiranju in obdelavi podatkov in strokovnem spremljanju. Pri uresničevanju različnih vidikov načrta bodo pomagali lokalni zdravniki, uslužbenci v zdravstvu, direktorji različnih institucij, strokovnjaki, povezovalni odbori in odbori zdravstvenih organov, določili pa so tudi več delovnih skupin. Prizadevali si bodo za uresničitev ciljev in skrbeli za spremljanje izvajanja načrta na lokalni ravni. Za izvajanje načrta je ključnega pomena tesno sodelovanje z bolnišnicami, zdravstvenimi domovi, zdravstvenimi strokovnjaki in drugimi ustreznimi stranmi. Letno se bo objavljal pregled ali poročilo o stanju in napredku projektov, zajetih v nacionalnem zdravstvenem načrtu.

Iz nacionalnega zdravstvenega načrta: „Pomembno je tudi, da se zdravstveni načrt upošteva na vseh ravneh zdravstvenih storitev in da je deležen podpore svetov skupnosti, regionalnih organizacij, nevladnih organizacij, strokovnih in posebnih organizacij, zasebnih podjetij, gospodarskih in družbenih partnerskih organizacij, družin in posameznikov. Poleg tega je treba zagotoviti, da državna politika, skupnosti in socialni partnerji na različnih družbenih področjih spodbujajo izboljšano zdravje na Islandiji.“

Vir: Bylgja Valtýsdóttir

Ministrstvo za zdravje in socialno varnost (2001). Nacionalni zdravstveni načrt do leta 2010. Dolgoročni cilji v zdravstvu. Reykjavik: Ministrstvo za zdravje in socialno varnost.



Razvoj/potrditev praktičnih smernic/standardov

V nekaterih primerih so bile zagotovljene informacije o načinu razvoja ali uporabe smernic/standardov v podporo izvajanju politike.

Primer: Koronarna srčna bolezen: nacionalni okvir za storitve v zvezi s koronarno srčno boleznijo – sodobni standardi in storitveni modeli.

Določeni so bili uradni standardi na vseh področjih zdravstva, od britanske Nacionalne zdravstvene službe pa se pričakuje, da jih upošteva. Ti standardi so temeljili na jasnih dokazilih, da so intervencije klinično in stroškovno učinkovite. Na vseh področjih so ta dokazila pregledale ciljne skupine. Opredeljeni so bili tudi modeli zdravljenja in sistemi zagotavljanja storitev, ki so se izkazali za učinkovite in bi lahko pripomogli pri uresničevanju ciljev nacionalnega okvira za storitve.

Vir: Rebecca Salay

Ministrstvo za zdravje (2000) Koronarna srčna bolezen: nacionalni okvir za storitve v zvezi s koronarno srčno boleznijo – sodobni standardi in storitveni modeli. London: Ministrstvo za zdravje

Poročila o napredku, spremljanje

V nekaterih dokumentih politik so bile vključene informacije o načinu spremljanja napredka pri uresničevanju ciljev politik ter poročanja o tem napredku.

Primer: Healthy throughout Life (Zdravi skozi vse življenje) – cilji in strategije za javnozdravstveno politiko danske vlade 2002–2010

Vlada bo predstavila program kazalcev s ključnimi podatki za splošne cilje politike Zdravi skozi vse življenje, dejavnike tveganja, ciljne skupine ter izhodišča za spodbujanje zdravja. Ti kazalci se bodo redno posodabljali na spletni strani www.folkesundhed.dk. Posodobljena različica se bo letno objavljala skozi celotno obdobje trajanja politike Zdravi skozi vse življenje.

Vir: Mads Hyldgård

Ministrstvo za notranje zadeve in zdravje (2003): Healthy throughout Life (Zdravi skozi vse življenje) – cilji in strategije za javnozdravstveno politiko danske vlade 2002–2010.

Javno poročanje in odgovornost

V nekaterih dokumentih politik so bile vključene tudi informacije o načinu objave napredka pri uresničevanju ciljev politik.

Primer: Building Healthier Hearts (Poskrbimo za bolj zdrava srca), 1999

Minister za zdravje in otroke je imenoval projektno skupino za zdravje srca, ki nadzira izvajanje strategije za zdravje srca in ožilja ter o tem poroča skupnemu odboru dvodomnega parlamenta (Oireachtas) za zdravje in otroke, ter svetovalno skupino, ki svetuje o tem, kako na najboljši način upoštevati priporočila, navedena v poročilu. Objavljena so bila tri poročila o napredku:

- Projektna skupina za zdravje srca (2001), poročilo o napredku, julij 1999–2001. Dublin: Vladni urad za objave
- Projektna skupina za zdravje srca (2003), Ireland's Changing Heart (Prebujanje srca na Irskem) (2002). Drugo poročilo o izvajanju strategije za zdravje srca in ožilja. Dublin: Vladni urad za objave
- Vršilec zdravstvenih služb (2006), Ireland Take Heart (Irska za srce). Pregled napredka pri izvajanju strategije Poskrbimo za bolj zdrava srca 1999–2005. Dublin: Vršilec zdravstvenih služb, Zdravje prebivalstva.

Vir: Maureen Mulvihill

Ministrstvo za zdravje in otroke (1999). Building Healthier Hearts (Poskrbimo za bolj zdrava srca) - Poročilo strateške skupine za zdravje srca in ožilja. Vladni urad za objave. Dublin

Ocena učinkovitih možnosti, ki temelji na dokazilih

Nekaj politik je vključevalo informacije o tem, kako se dokazila v okviru raziskave uporabljajo za usmerjanje razvoja politike, pri čemer so bili, na primer, navedeni znanstveni izsledki o učinkovitosti različnih intervencij.

Primer: Islandski nacionalni zdravstveni načrt do leta 2010

Vsakega izmed glavnih ciljev spremlja pregled trenutnega stanja, ki temelji na statističnih podatkih ali raziskavi. Pri izdelavi nacionalnega zdravstvenega načrta se je uporabila tudi analiza poročila o stroških in dobičku, ki ga je pripravil Inštitut za ekonomske študije.

Vir: Bylgja Valtýsdóttir

Ministrstvo za zdravje in socialno varnost (2001). Nacionalni zdravstveni načrt do leta 2010. Dolgoročni cilji v zdravstvu. Reykjavik: Ministrstvo za zdravje in socialno varnost.





Vrednotenje izvajanja politik in programov

Ključni element, ki pa je bil redkeje vključen v dokumentih politik, je postregel z informacijami o morebitnih predvidenih ocenjevalnih ali znanstvenih študijah, s pomočjo katerih bi ocenili „uspešnost“ politik, kar bi se upoštevalo pri prihodnjih načrtovalnih postopkih.

Primer: Akcijski načrt za spodbujanje zdravja srca na Finskem za obdobje 2005–2011

Finsko društvo za srce objavlja elektronske biltene in letna poročila na spletni strani <http://www.sydanliitto.fi>

Za vrednotenje načrta za spodbujanje zdravja srca na Finskem skrbi podjetje Sosiaalikehitys Ltd. Vmesno poročilo je bilo objavljeno ob koncu leta 2008.

Vir: Anna-Liisa Rajala

Akcijski načrt za spodbujanje zdravja srca na Finskem za obdobje 2005–2011 (2005). Finsko društvo za srce www.sydanliitto.fi

Opredelitev predstavnikov za podporo spremembe

V dokumentaciji politik so bili večinoma navedeni primeri ključnih skupin ljudi, katerih naloga je izkazovanje podpore izvajanju politik.

Primer: Politika preprečevanja na področju javnega zdravja – Dopis ministra za zdravje, blaginjo in šport (Nizozemska)

Vlada poziva vse svoje partnerje pri preprečevanju, ki imajo podobne interese, na področju zdravstva in drugod, k prispevanju in sodelovanju pri uresničevanju programa sprememb in h krepitvi politike preprečevanja. Na primer:

- Ministrstvo za zdravje in druga ministrstva (šolstvo, mladina in družine itd.)
- Odbor za zdravstvena zavarovanja, Nacionalni inštitut za javno zdravje in okolje, Zdravstveni svet Nizozemske, Inštitut Trimbos (Inštitut za duševno zdravje in odvisnosti) itd.
- Lokalne svete, občinske zdravstvene službe, šole, uslužbenice, industrijski sektor, Nacionalni inštitut za šport in fizično aktivnost

Vir: Marijke Luif

Politika preprečevanja na področju javnega zdravja – Dopis ministra za zdravje, blaginjo in šport, ki temelji na stališču vlade glede zdravja in preprečevanja (številka dokumenta 22849, št. 134). Haag, 24. september 2008. www.tweedekamer.nl



Zaključki

Primerjalni projekt EuroHeart je bil namenjen pridobitvi celovitih primerljivih informacij o politikah, načrtih in ukrepih, ki vplivajo na spodbujanje zdravja srca in ožilja ter preprečevanje bolezni srca in ožilja. Njegov cilj je bil ugotoviti razlike in vrzeli med evropskimi politikami in ukrepi ter določiti bistvene elemente v celoviti nacionalni strategiji, povezani z boleznimi srca in ožilja. V mnogih pogledih je bil uspešen. Projekt opisuje ukrepe v zvezi s spodbujanjem zdravja srca in ožilja in preprečevanjem bolezni srca in ožilja v 16 evropskih državah, na podlagi česar naj bi države lahko ocenile svoje aktivnosti v primerjavi z aktivnostmi drugih. Mogoča je bila tudi opredelitev elementov, ki so skupni dokumentaciji politik. Ugotovitve kažejo naslednje:

- Vse države so izkazale vladni organ, katerega glavna odgovornost je spodbujanje zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanje bolezni srca in ožilja. Manj držav je izkazalo posebno organizacijo, odgovorno za usklajevanje ukrepov v zvezi s spodbujanjem zdravja srca in ožilja in/ali preprečevanjem bolezni srca in ožilja.
- Vse države so priglasile določeno vrsto zakonodaje, ki zajema javno zdravje, nadzor tobaka in prehrano. Večina držav je priglasila zakonodajo v zvezi z omejevanjem porabe alkohola in spodbujanjem fizične aktivnosti. Zakonodaja v zvezi z drugimi vprašanji glede bolezni in z življenjskim slogom povezanih dejavnikov tveganja, ki se nanašajo na bolezni srca in ožilja, je bila redkejša.
- Najpogosteje priglašene nacionalne politike so bile v veliki meri v skladu s področji, ki so najpogosteje zajeta z zakonodajo, tj. javno zdravje, tobak, koronarna srčna bolezen, prehrana in fizična aktivnost. Večina držav je poročala o nacionalnih politikah, ki obravnavajo neenakosti v zdravju. Nekatere države so priglasile programe ali priporočila za programe/politike, ki omogočajo zgodnje diagnosticiranje (prepoznavanje prebivalstva z visokim tveganjem ali presejanje).
- V državah so najpogosteje poročali o programih, ki obravnavajo vprašanja v zvezi s tobakom, javnim zdravjem, fizično aktivnostjo, koronarno srčno boleznijo in prehrano, kar se kaže tudi pri ukrepih v okviru zakonodaje in politik in je morda z njimi tudi povezano.
- Težko je bilo ugotoviti višino proračunskih sredstev, dodeljenih za izvajanje politik/programov, v večini primerov pa so bili razpoložljivi podatki glede financiranja nepopolni.
- Večina držav je priglasila nacionalne smernice/standarde, ki obravnavajo koronarno srčno bolezen in hipertenzijo, izvajanje preprečevanja hiperlipidemije, sladkorne bolezni in infarkta, ter debelost.
- Večina držav je poročala o določeni vrsti ciljev v zvezi z zdravjem srca in ožilja in/ali preprečevanjem bolezni srca in ožilja. Povezave med takimi cilji in spremljanjem, javnim poročanjem o ukrepih in napredku pri uresničevanju ciljev in nacionalnim vrednotenjem so bile veliko manj jasne.

Kljub pomembnosti teh ugotovitev pa gre med sodelujočimi pri Delovnem paketu 5 projekta EuroHeart čutiti razočaranje, saj razprava o učinkovitosti katerih koli ukrepov v posameznih državah ali primerjava in ocena razpona različnih pristopov, ki so jih izbrale posamezne države, presega okvir tega projekta. To gre deloma pripisati uporabljenim metodam, ki so bile omejene na finančna sredstva, namenjena temu projektu. Vendar pa bi bili kljub večji razpoložljivosti finančnih sredstev pri iskanju odgovora na vprašanje, katere vrste ukrepov za spodbujanje zdravja srca in ožilja in preprečevanje bolezni srca in ožilja so učinkovite v določeni skupini prebivalstva in v kakšnem okviru, verjetno omejeni zaradi pomanjkanja razpoložljivih, zanesljivih in standardiziranih informacij v posameznih evropskih državah.



Priporočila

- Da bi omogočili oceno učinkovitosti različnih ukrepov ali intervencij za spodbujanje zdravja srca in ožilja in preprečevanje bolezni srca in ožilja, sta potrebna sodelovanje in zbiranje podatkov na vseevropski ravni.
- Potrebno je večje prizadevanje pri nadzoru, spremljanju in vrednotenju obstoječih in predvidenih aktivnosti ter poročanju o tem. Priporočljivi so tudi vgrajeni mehanizmi za obnovitev vzpostavljenih strategij in smernic.
- Potrebna je natančna primerjava dobro razvitih politik v zvezi s srcem in ožiljem, sredstev, ki so jim na voljo, njihovega izvajanja in rezultatov, pri čemer se izbere določeno število držav.
- Prav tako je priporočljivo pregledati gradivo, ki se nanaša na posamezno politiko, raziskati druge ustrezne politike, analizirati vsebino politike itd.



Viri

1. Svetovna zdravstvena organizacija, Report of the global survey on the progress in national chronic diseases prevention and control (Poročilo o globalni raziskavi napredka pri nacionalnem preprečevanju in obvladovanju kroničnih bolezni). Svetovna zdravstvena organizacija 2007 (ISBN 978 92 4 159569 8) Na voljo na spletni strani: http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/index6.html
2. L Joossens in M Raw Merilo za nadzor tobaka: novo merilo za oceno državne aktivnosti Tobacco Control (Nadzor tobaka) 2006; 15: 247–253
3. Swinburn B in Egger G. Strategije preprečevanja povečanja telesne teže in debelosti. Obesity Review (Pregled razširjenosti debelosti) 2002; 3(4):289–301.
4. Svetovna zdravstvena organizacija Comparative analysis of nutrition policies in the WHO European Region (Primerjalna analiza prehranskih politik v evropski regiji SZO). Copenhagen: Svetovna zdravstvena organizacija 2006
5. Svetovna zdravstvena organizacija Ottawa Charter for Health Promotion (Ottawska listina za spodbujanje zdravja). Svetovna zdravstvena organizacija za zdravje in blaginjo, Ontario. 1986



Appendix A: Advisory Board for Work Package 5

The Advisory Board for this work package was composed of:

George Andrikopoulos	Hellenic Heart Foundation
Jill Farrington/ Albena Arnodova	WHO – Europe
Robin Ireland	EuroHealthNet
Tor Jungman	Finnish Heart Association
Marleen Kestens	European Heart Network
Susanne Løgstrup	European Heart Network
András Nagy	Hungarian Heart Foundation
Ruairi O'Connor	British Heart Foundation
Sophie O'Kelly	European Society of Cardiology
Michael O'Shea	Irish Heart Foundation
Mike Rayner	British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford
Per Tornvall	European Society of Cardiology



Appendix B: Questionnaire

Please complete this questionnaire with reference to the accompanying explanatory notes. Underlined terms are explained in the Glossary.

National Coordinator:

Country:

Please address any queries and return the completed questionnaire to Gill Cowburn, British Heart Foundation Health Promotion Research Group by e-mail: gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk

Deadline for return of questionnaire: Friday 15th February 2008

A. National organisations

A1. Which Government department (such as the Ministry of Health) has the main responsibility for public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

.....
.....
.....
.....

A2. Are any other Government department/s involved in public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

.....
.....
.....
.....

A3. Which Government department has the main responsibility for cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

.....
.....
.....
.....

A4. Are any other national organisations (such as a National Institute) involved in public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....



A5. Are these national organisations involved in cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

A6. Are any non-governmental organisations, professional societies or charitable organisations involved in cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

A7. Is any organisation responsible for coordinating the implementation of a policy/strategy or plan on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

A8. In your country, which key organisation/s would be considered to be the 'driving force' behind cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

.....

.....

.....

.....

A9. Please add any other comments about information in section A

.....

.....

.....

.....



B. National Acts, Laws, legislation, Ministerial Decrees (or equivalent)

B1. Does your country have any national Acts, Laws, legislation, Ministerial Decrees (or equivalent) in place to address any of the following areas?

	Yes	No	Don't know	Type (e.g. Act, Law, Legislation, Ministerial Decree)	Year, Title, and websites (or PDF files, if exist)
Public health					
Cardiovascular disease					
Obesity					
Diabetes					
Alcohol					
Food and nutrition					
Physical activity					
Tobacco					
Stress					
Inequalities					
Any other relevant areas					

B2. Please add any other comments about information in Section B

.....

.....

.....

.....





C. National policies/strategies or plans

C1. Does your country have any national health policies/strategies or plans on public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Allocated funding

.....

No

Don't know (Please explain)

.....

C2. Does your country have any national health policies/strategies or plans on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Are the policies/strategies integrated? - Allocated funding

.....

No

Don't know (Please explain)

.....

C3. Does your country have any national policies/strategies or plans in place to address any of the following specific areas?

	Yes	No	Don't know	Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
Coronary heart disease				
Hypertension				
Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				
Diabetes				
Alcohol				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				



C4. In your country, which national policies/strategies or plans have been considered most important in influencing cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

.....
.....
.....

C5. Please add any other comments about information in Section C

.....
.....
.....

D. Policies/strategies or plans in preparation

D1. Are there any relevant national policies/strategies or plans currently in preparation?

- Yes (Please give details)
- No
- Don't know (Please give details)

.....
.....
.....

D2. Please add any other comments about information in Section D

.....
.....
.....

E. National programmes

E1. Does your country have any country-wide programmes on public health relevant to the prevention and control of chronic diseases?

- Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Allocated funding
- No
- Don't know (Please explain)

.....
.....
.....

E2. Does your country have any country-wide programmes on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

- Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Are the policies/strategies integrated? - Allocated funding
- No
- Don't know (Please explain)

.....
.....
.....





E3. Does your country have any country-wide programmes in place to address any of the following specific areas?

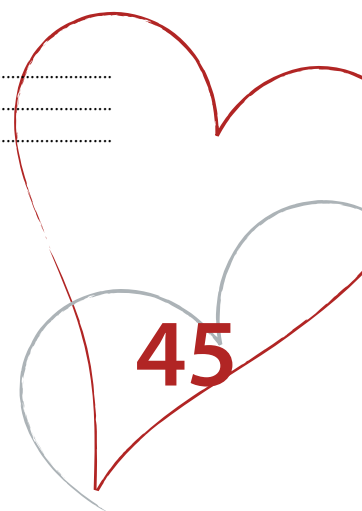
	Yes	No	Don't know	Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
Coronary heart disease				
Hypertension				
Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				
Diabetes				
Alcohol				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				

E4. Which country-wide programmes have been successfully implemented?

.....

E5. Please add any other comments about information in Section E

.....



F. Programmes in preparation

F1. Are there any relevant country-wide programmes currently in preparation?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

F2. Please add any other comments about information in Section F

.....

.....

.....

G. National guidelines/standards

G1. Has your country adopted any country-wide guidelines/standards relevant to cardiovascular disease prevention/treatment and care which address any of the following areas?

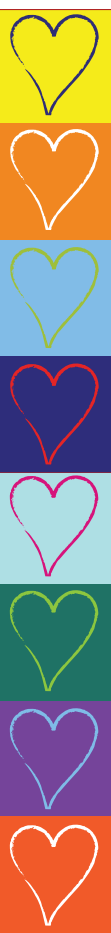
	Yes	No	Don't know	Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
Coronary heart disease				
Hypertension				
Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				
Diabetes				
Alcohol				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				

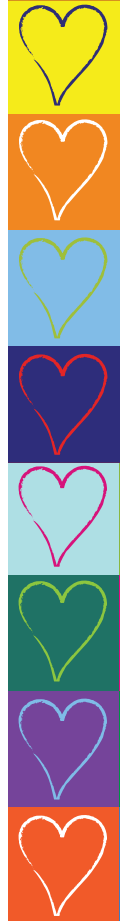
G2. Please add any other comments about information in Section G

.....

.....

.....





H. National targets, monitoring and evaluation

H1. Does your country have any national targets on public health relevant to the prevention and control of chronic diseases?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H2. Does your country have any national targets on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H3. Has your country undertaken any monitoring of progress towards achievement of any targets relevant to cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H4. Does your country have a structure for systematic public reporting on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H5. What evaluation of programmes relevant to cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention has been undertaken?

.....
.....
.....

H6. Please add any other comments about information in Section H

.....
.....
.....

Thank you for your help and time in completing this questionnaire. Please return the completed questionnaire to Gill Cowburn by e-mail to gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk

by Friday 15th February 2008.





Appendix C:

Explanatory notes for Questionnaire

These explanatory notes are designed to help you to complete questionnaire 1. Words which are underlined in the questionnaire have been defined in the glossary (see page 55).

General issues

Please complete the questionnaire in English. Where information is only available in the original language, please provide a brief summary translation in English.

We are interested in collecting information about national policies/strategies or plans and programmes which are currently relevant in your country. This could include, for example, a recently published action plan or legislation which has been in force for a considerable time. We also want to find out about country-wide policies/strategies or plans which exist as 'intentions' and those country-wide programmes which have actually been implemented.

Please use the 'don't know' column only when you have been unsuccessful in finding the requested information, and then provide a short explanation of the attempts which you have made to gather the required information. Provide URLs and pdf files wherever possible. There is a section at the end of each part of the questionnaire for you to add any further comments.

Please contact Gill Cowburn (e-mail gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk) if you are not sure about what information we are asking you to collect or where it might be found.

A. National organisations

In this part of the questionnaire, we are interested in finding out how health promotion and disease prevention structures are organised in your country. We would like to know which government departments, non-governmental and other national organisations are involved in some way in contributing towards the promotion of health and the prevention and management of chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources or from the organisations involved. Details required are the name of the organisation (please provide an English language translation) and the URL, where appropriate.

For example:

In the UK, the Department of Health has overall responsibility for public health,
<http://www.dh.gov.uk>

Some typical government departments to consider include:

Ministry of Health, Ministry of Agriculture; Ministry for Children and/or Education; Ministry for the Environment, Ministry for Home & Community, Ministry for Cultural Affairs

Some typical non-governmental organisations to consider include:

National Heart Foundations, Consumer groups, Lobbying organisations, Medical Societies, Voluntary groups

We have also asked you (in question A7) to find out which organisations are responsible for coordinating the implementation of a policy/strategy or plan. By this we mean any organisations which are coordinating either government and/or non-governmental action.

In question A8, we ask you to identify key organisations which would be considered to be the 'driving force' behind cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention. Here,



we are trying to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. So, if the general consensus from within your country is that organisations X and Y are the key organisations which drive action forward, please tell us about them. If, however, no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion (for example, in my opinion, organisations A, B & C do most to drive change).

B. National Acts, Laws, Legislation, Ministerial Decrees (or equivalent)

Here, we are interested in locating any legislative mechanisms which exist in your country to promote healthier lifestyles. This information should be available directly from government sources. Please list all of the legislation (or equivalent) which you can locate. For each, provide the year of publication or enactment, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

For example:

In the UK, the Tobacco Advertising and Promotion Bill was introduced in February 2001, <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200001/ldbills/026/2001026.htm>

C. National policies/strategies or plans

In this section, we want to establish what national health policies/strategies or plans exist in your country to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

Policy example:

In the UK, the white paper "Choosing Health: making healthy choices easier" (2004) sets out an integrated public health policy which includes addressing cardiovascular disease and cancers, alongside risk factors like tobacco, healthy eating, obesity, physical activity and alcohol

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094550

We are keen to identify how much funding has been allocated to each policy/strategy or plan. This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering policies/strategies or plans. Please provide details of the amount of allocated funding for each policy/ strategy or plan (where this information is available) in the original currency and Euros and provide a URL reference, where possible.

For example:

In the UK, in 2005, the School Food Trust was allocated 15 million GBP (21,526,676 EUR) from the Department for Education and Skills to promote the education and health of children and young people by improving the quality of food supplied and consumed in schools.

<http://www.schoolfoodtrust.org.uk/content.asp?ContentId=232>

We would also like you to record whether or not the policies and/or strategies you locate are integrated or not. By this we mean do they aim to act on either several diseases (like cancer and cardiovascular disease) and/or across a range of risk factors (like tobacco, food and nutrition and physical activity)?

Example of an integrated plan:

In the UK, an integrated action plan "Delivering Choosing Health; making healthy choices easier" was published in 2005

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105713.pdf

Example of 2 (non-integrated) action plans addressing particular risk factors:

Department of Health (2005) Choosing a better diet: a food and health action plan London: Department of Health

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105709.pdf

Department of Health (2005) Choosing activity: a physical activity action plan London: Department of Health

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105710.pdf

Dates covered by the plans: all three publications are ongoing from 2005

In question C4, we are interested in finding out which national policies/strategies or plans have been considered most important in influencing cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention. Here, as in section A, we are trying to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. If no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion.

Further information will be collected about the details of these policies/strategies or plans in Questionnaire 2.

D. Policies/strategies or plans in preparation

In this part of the questionnaire, we want to know about any relevant policies/strategies or plans which are being developed in your country but which are not currently in action. This is information you are likely to gather as you collect information to complete other sections of the questionnaire, for example when you are contacting government departments or other organisations. For each, provide the year of proposed publication and summary information about the area to be addressed.

For example:

In the UK, a new national strategy for stroke is being prepared, consultation ending October 2007

Further information will be collected about the details of these policies/strategies or plans in Questionnaire 2.





E. National programmes

In this section, we want you to record information about any country-wide programmes which are being implemented in your country to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. By this, we mean programmes which are intended to have national coverage and which are implemented across the whole country, not at regional or local level. The exceptions to this are countries (like Belgium, Germany and the UK) where health is the responsibility of regional government, where information from each region would be recorded.

This type of information should be available directly from government sources or from the organisations involved in developing and/or delivering the programmes. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

We are interested in how much funding has been allocated to each programme. This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering the programmes. Please provide details of the amount of allocated funding for each country-wide programme (where this information is available) in the original currency and Euros and provide a URL reference, where possible.

We would also like you to record whether or not the country-wide programmes you locate are integrated or not. By this we mean do they aim to act on either several diseases (like cancer and cardiovascular disease) and/or across a range of risk factors (like tobacco, food and nutrition and physical activity)

For example:

from 2003, the Food Standards Agency has continued to develop and deliver a salt awareness/reduction programme for the general public
<http://www.food.gov.uk/healthiereating/salt/>

This is a non-integrated national programme with a total campaign spend for Phase 3 (from 2007) of 4 million GBP (5,755,535 EUR)

<http://www.food.gov.uk/news/pressreleases/2007/mar/saltconsumptioncampaign>

In question E4, we are interested in finding out which country-wide programmes have been successfully implemented. As in section A and C, we want to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. If no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion. We ask specifically about monitoring and evaluation in section H.

Further information will be collected about the details of these programmes in Questionnaire 2.



F. Programmes in preparation

In this part of the questionnaire, we want to know about any relevant programmes which are being developed in your country but which are not currently in action. This is information you are likely to gather as you collect information to complete other sections of the questionnaire, for example when you are contacting government departments or other organisations. For each, provide the year of proposed publication and summary information about the area to be addressed.

For example:

In the UK, a new programme will be implemented to address earlier identification and treatment as part of the National Alcohol Strategy

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_075218

G. National guidelines/standards

In this section, we are interested in finding out whether your country has adopted any country-wide guidelines/standards to guide the delivery of cardiovascular disease prevention as well as treatment/care. Include any governmental or non-governmental guidelines/standards, if they are widely used in your country (for example, the joint European guidelines). This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering the guidelines/standards. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

For example:

In the UK, The National Service Framework for coronary heart disease was launched in 2000 and sets 12 standards for improved prevention, diagnosis and treatment, and goals to secure fair access to high quality services. The standards are to be implemented over a 10-year period.

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094275

Further information will be collected about the details of these guidelines/standards in Questionnaire 2.

H. National targets, monitoring and evaluation

Here, we are interested in finding out about any national targets which have been set to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources.





Specifically we would like information (where it exists) about:

Targets at a population level

- mortality, morbidity
- biological factors (like blood pressure)
- behavioural factors (like physical activity levels)

Targets for treatment/care

- for example, around cardiopulmonary resuscitation, emergency services, rehabilitation etc.

For each, provide the date of publication and the date by which the target should be achieved, details of the target (please provide an English language translation, if necessary) and any relevant URL.

For example:

In the UK, a Public Service Agreement (PSA) target for obesity was set in 2004 "To reduce the year on year rise in the prevalence of obesity in children under 11 by 2010, in the context of a broader strategy to reduce obesity in the population as a whole"

http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Obesity/DH_4133952

We also want to record any country-wide monitoring or evaluation activity which has taken place. Questions H3 and H4 ask for information about monitoring and reporting of progress towards achievement of targets and/or plans.

For example:

a report published in November 07 summarises details of the public opinion research, business research and compliance data relating to the first three months since the smokefree law was introduced in the UK.

<http://www.smokefreeengland.co.uk/thefacts/latest-research.html>

Question H5 asks about the availability of published evaluation reports on relevant programme implementation.

For example:

In the UK the National Evaluation of Local Exercise Action Pilots was published in 2007

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073600

We gratefully acknowledge your help and the time you will spend in sourcing the information to complete questionnaire 1. Please return the completed questionnaire to Gill Cowburn, British Heart Foundation Health Promotion Research Group by e-mail to gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk **by Friday 15th February 2008.**

Further details will be sought from you in a second phase of data gathering in spring 2008.



Appendix D: Additional data collection

By e-mail:

I would be grateful if you could provide me with further information about the existing national policies/strategies or plans which you have already listed in questionnaire 1. This was section C in the questionnaire.

For each policy you have listed please provide the following information - in English

Title of policy document

Total number of pages in the policy

At which population group is the policy targeted?

Contents page (titles of each section)

Key themes of the policy (no more than 2-3 paragraphs)

Any other interesting features in the policy

This extra information will really bring the project alive so I appreciate the time it will take to complete it. Please return the completed information to me by e-mail no later than Wednesday 4th June 2008



Glossary

Allocated funding:

A defined amount of money which has been provided to pay for a specific purpose, and which cannot be used for any other purpose

Cardiovascular disease or CVD:

includes coronary heart disease, stroke (cerebrovascular accidents) and all other diseases of the circulatory system

Cardiopulmonary resuscitation or CPR:

an emergency treatment which aims to restart heart and breathing activity when it has stopped during cardiopulmonary arrest

Country-wide:

action intended to have national coverage and to be implemented across the whole country

Emergency services:

response and provision of medical aid during an acute episode

Health promotion:

a process of enabling people to increase control over and to improve their health. Health promotion uses strategies at the primary level of prevention which are designed to facilitate behavioural and environmental changes which are conducive to health enhancement

Charitable organisation:

an organisation which exists to use donated funds for public benefit

Disease prevention:**Primary prevention:**

aims to deter disease before it occurs

Secondary prevention:

any strategy (such as early detection and prompt treatment of disease) which aims to reduce the presence of an existing disease in a population, thus preventing further deterioration and/or early death

Goal:

a statement of a desired outcome

Guidelines:

an agreed series of actions and strategies used to guide practice

Health policy/ strategy:

a written, formally adopted consensus about health issues which need to be addressed and approaches to be used to achieve change. For example, a policy includes a set of statements and decisions defining goals, priorities and main directions for attaining these goals. It may also include strategies for how the policy is to be implemented

Integrated:

bringing together a range of issues across different areas which are worked on and progressed together rather than separately

National:

a geographical area defined by fixed borders

Non-governmental organisation:

an organisation which undertakes some of the tasks of a national government, but is not a government department or part of one, and which operates to a greater or lesser extent at arm's length from the government

Plan:

a scheme, prepared according to policy and strategic directions, and defining activities, to generate products/targets set to achieve desired goals

Prevention and control of chronic disease:

the use of specific strategies to reduce and manage the occurrence of a disease in a population

Professional societies:

organisations which act as learned societies for people with shared professional qualifications and interests

Programme:

a series of related and connected activities which are designed to deliver specific objectives

Public health:

the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society. Modern public health is concerned with addressing determinants of health across a population

Standards:

a set of pre-defined levels of activity to be achieved

Target:

an agreed and declared quantitative output which can be used to assess progress towards achievement of a goal

Treatment:

the provision of medical services (including rehabilitation services) to alleviate symptoms following diagnosis of illness





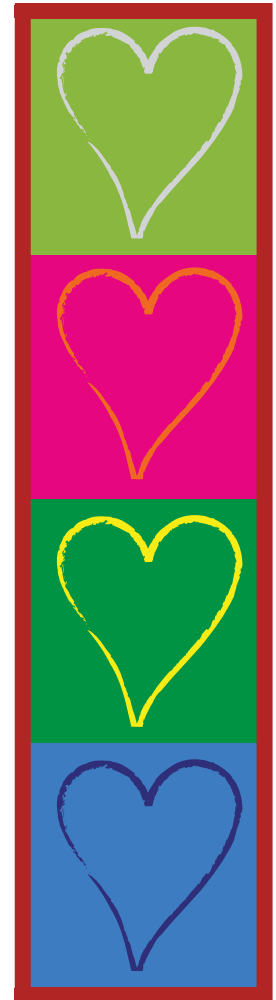


Mixed Sources
Product group from well-managed
forests and other controlled sources
Cert. no. SGS-COC-008340
www.fsc.org
© 1996 Forest Stewardship Council

Graphic design & production: www.altitude.be - September 2009

www.ehnheart.org

European Heart Network
Rue Montoyer, 31
B-1000 Brussels
Belgium
Telephone: +32 2 512 9174
Fax: +32 2 503 3525
E-mail: info@ehnheart.org



This report is produced as part of Work Package 5 of the EuroHeart Project, which has received co-funding from the European Union in the framework of the Public Health Programme. The Executive Agency for Health and Consumers is not responsible for any use that may be made of the information provided in this report, the sole responsibility lies with the persons/organisation concerned.